

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej**

---

**Elżbieta Szwałkiewicz**

**Kompleksowy model pielęgniarstwa  
opieki długoterminowej**

**Rozprawa doktorska**

Promotor:

Prof. UM dr. hab. med. JERZY T. MARCINKOWSKI

Poznań 2010

|   |    |
|---|----|
| Wykaz skrótów .....   | 5  |
| Wykaz tabel .....   | 6  |
| Wykaz rycin .....   | 7  |
| 1. Wstęp ... ..   | 9  |
| <b>2. Podstawa teoretyczna modelu opieki długoterminowej–przegląd piśmiennictwa</b> |    |
| 2.1. Społeczne uwarunkowania opieki długoterminowej .....                           | 11 |
| 2.1.1. Demografia i epidemiologia .....   | 11 |
| 2.1.2. Zapotrzebowanie społeczne na opiekę długoterminową.....                      | 18 |
| 2.1.3. Opieka długoterminowa w Unii Europejskiej .....                              | 22 |
| 2.1.4. Analiza polskiego modelu wsparcia społecznego.....                           | 27 |
| 2.1.4.1. System ochrony zdrowia.....  | 27 |
| 2.1.4.2. Opieka długoterminowa.....   | 28 |
| 2.1.4.3. System pomocy społecznej.....  | 36 |
| 2.1.4.4. Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności .....                          | 48 |
| 2.2. Międzynarodowe klasyfikacje chorób i niepełnosprawności.....                   | 53 |
| 2.3. Przegląd wybranych teorii pielęgnowania .....                                  | 59 |
| 2.3.1. Koncepcja wspierającego procesu pielęgnacji Moniki Krohwinkel.....           | 61 |
| 2.3.2. Teoria samoopieki, deficytu opieki i systemów pielęgnowania Doroty Orem ...  | 61 |
| 2.3.3. Model adaptacyjny Callisty Roy.....  | 63 |
| 2.3.4. Koncepcja pielęgnowania według Virgini Henderson.....                        | 64 |
| 2.4. Potrzeby człowieka i ich zaspokajanie.....                                     | 67 |
| 2.4.1. Proces motywacyjny.....  | 69 |
| 2.4.2. Spostrzeganie i rozwiązywanie problemów.....                                 | 72 |
| 2.4.3. Potrzeba i cele nadrzędne.....   | 73 |
| 2.4.4. Kategoryzacja potrzeb człowieka.....   | 76 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>3. Założenie pracy, cele pracy i hipoteza badawcza</b>                       |            |
| 3.1. Założenie pracy .....  | 81         |
| 3.2. Cele pracy .....   | 81         |
| 3.3. Hipoteza badawcza .....  | 82         |
| <b>4. Materiał i metoda</b>   |            |
| 4.1. Grupa badana .....   | 84         |
| 4.2. Opis dotychczasowego i nowego modelu opieki długoterminowej .....          | 86         |
| 4.3. Paradygmat badawczy .....  | 89         |
| 4.4. Przebieg badań .....   | 93         |
| 4.4.1. Konceptualizacja pojęć .....   | 94         |
| 4.4.2. Operacjonalizacja problemu badawczego .....                              | 100        |
| 4.4.3.1. Lista zmiennych i wartości zmiennych w arkuszach kodowych .....        | 101        |
| 4.5. Metoda, techniki badawcze i narzędzia badań .....                          | 103        |
| 4.5.1. Metoda badawcza .....  | 103        |
| 4.5.2. Techniki badawcze .....  | 105        |
| 4.5.3. Narzędzia badań .....  | 107        |
| 4.5.4. Obliczenia statystyczne .....  | 108        |
| 4.5.4.1. Arkusz kodowy komputerowej bazy danych .....                           | 108        |
| <b>5. Wyniki badań</b>  |            |
| 5.1. Badanie I – Charakterystyka klientów opieki długoterminowej .....          | 110        |
| 5.2. Badanie II – Efektywność pielęgnacji kompensacyjnej .....                  | 124        |
| <b>6. Podsumowanie wyników badań.....</b>                                       | <b>134</b> |
| <b>7. Model kompleksowej opieki długoterminowej</b>                             |            |
| 7.1. Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej .....                                 | 138        |
| 7.1.1. Człowiek i jego wyjątkowość.....   | 142        |
| 7.1.2. Potrzeby egzystencjalne i funkcjonalne w pielęgnacji kompensacyjnej..... | 145        |
| 7.1.3. Ocena poziomu niesamodzielności a zaspokajanie potrzeb.....              | 146        |

|  |            |
|--|------------|
| 7.1.4. Zaspokajanie potrzeb .....                                    | 154        |
| 7.2. Standardy pielęgnacji i opieki.....                             | 158        |
| 7.2.1. Warunki lokalowe i wyposażenie.....                           | 162        |
| 7.3. Opiekun medyczny- etos i profesjonalizm.....                    | 165        |
| 7.3.1. Dokumentacja opiekuna medycznego .....                        | 172        |
| 7.4. Organizacja modelu kompleksowej opieki długoterminowej .....    | 176        |
| 7.4.1. Zespół terapeutyczny - podział kompetencji.....               | 179        |
| 7.4.2. Wypożyczalnia sprzętu .....                                   | 190        |
| 7.4.3. Normy zatrudnienia w zakresie pielęgnacji podstawowej .....   | 192        |
| 7.4.3. Dokumentowanie świadczeń w modelu opieki długoterminowej..... | 201        |
| 7.4.4. Zarządzanie jakością i kryteria jej oceny.....                | 202        |
| <b>8. Dyskusja .....</b>   | <b>206</b> |
| <b>9. Wnioski .....</b>  | <b>230</b> |
| 10. Piśmiennictwo .....  | 231        |
| 11. Streszczenie .....   | 237        |
| 12. Abstract .....   | 239        |
| 13. Aneks.....   | 241        |

## **Wykaz skrótów**

**DPS** - dom opieki społecznej

**ICD -10** - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób Międzynarodowej i związanych z nimi problemów zdrowotnych

**ICF** - Międzynarodowa Klasyfikacja Następstw Chorób (Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia)

**ICIDH** - Międzynarodowa Klasyfikacja Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa

**KRUS** - Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

**NFZ** - Narodowy Fundusz Zdrowia

**PFRON** - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**POZ** - Podstawowa opieka zdrowotna

**UE** - Unia Europejska

**WHO** - *World Health Organization* - Światowa Organizacja Zdrowia

**ZOL** - Zakład opiekuńczo-leczniczy

**ZPO** - Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

**NZOZ** - Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej

**ZOZ** - Zakład opieki zdrowotnej

**ZUS** - Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## Spis Tabel

|  |     |
|--|-----|
| Tabela I – Zakres zabezpieczenia społecznego .....   | 27  |
| Tabela II - Pacjenci Centrum – wg płci .....   | 110 |
| Tabela III - Pacjenci Centrum – wg miejsca do którego byli wypisywani.....   | 110 |
| Tabela IV – Średnia arytmetyczna wieku pacjentów Centrum – wg płci .....   | 111 |
| Tabela V – Badani zamieszkujący: samotnie, z rodziną, z opiekunem .....  | 111 |
| Tabela VI – Badani według czasu objęcia opieką stacjonarną w dniach.....   | 112 |
| Tabela VII – Badani z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu .....   | 112 |
| Tabela VIII – Liczba badanych według poziomu świadomości .....   | 113 |
| Tabela IX – Zachowania agresywne badanych .....  | 113 |
| Tabela X - Liczba badanych z uwzględnieniem sprawności kończyn .....   | 113 |
| Tabela XI – Liczba badanych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności .....                                    | 114 |
| Tabela XII – Zdolność badanych do samokontroli nad zwieraczami ... ..  | 115 |
| Tabela XIII – Rodzaje diety zleconej przez lekarzy .....   | 116 |
| Tabela XIV – Sposób przyjmowania pożywienia .....  | 116 |
| Tabela XV – Liczba badanych z odleżynami, w dniu rozpoczęcia i zakończenia<br>opieki .....                         | 117 |
| Tabela XVI – Liczba badanych z uwzględnieniem poziomu niesamodzielności .....                                      | 119 |
| Tabela XVII – Średni poziom niesamodzielności wśród badanych .....   | 120 |
| Tabela XVIII – Średnia liczba problemów zdrowotnych wśród badanych<br>– wg płci .....                              | 120 |
| Tabela XIX - Średnia liczba chorób przewlekłych na jednego Polaka – wg płci .....                                  | 121 |
| Tabela XX – Najczęstsze choroby i problemy zdrowotne występujące wśród<br>osób objętych badaniem – wg ICD-10 ..... | 122 |
| Tabela XXI - Ocena poziomu samodzielności .....  | 151 |
| Tabela XXII - Średnie czasy trwania czynności pielęgnacyjnych .....  | 196 |

## Spis rycin

|   |     |
|---|-----|
| Rycina 1 – Model opieki długoterminowej w polskim systemie ochrony zdrowia ....                                   | 29  |
| Rycina 2 – Polski system opieki długoterminowej .....   | 36  |
| Rycina 3 – Cechy charakterystyczne polskiego systemu opieki długoterminowej .....                                 | 47  |
| Rycina 4 - Schemat zależności między poszczególnymi elementami ICF .....  | 56  |
| Rycina 5 – Schemat badania z grupą kontrolną .....  | 85  |
| Rycina 6 – Struktura modelu kompleksowej opieki długoterminowej .....   | 88  |
| Rycina 7 – Schematyczne przedstawienie etapów procesu badawczego .....  | 93  |
| Rycina 8 - Badani objęci opieką domową i opieką stacjonarną – wg płci .....                                       | 124 |
| Rycina 9 – Stan cywilny badanych – wg rodzaju opieki .....  | 125 |
| Rycina 10 – Miejsce zamieszkania badanych - opieka stacjonarna .....  | 125 |
| Rycina 11 - Miejsce zamieszkania badanych objętych opieką domową .....  | 125 |
| Rycina 12 – Odsetki badanych z założonym cewnikiem wśród objętych opieką<br>stacjonarną i opieką domową .....     | 126 |
| Rycina 13 – Odsetki badanych posiadających orzeczenie niepełnosprawności .....                                    | 126 |
| Rycina 14 – Badani objęci opieką stacjonarną i domową - wg wieku .....  | 127 |
| Rycina 15 – Badani z odleżynami przy przyjęciu i przy wypisie z podziałem<br>na opiekę stacjonarną i domową ..... | 128 |
| Rycina 16 – Zakres świadczeń - opieka stacjonarna.....  | 129 |
| Rycina 17 - Zakres świadczeń - opieka domowa .....  | 130 |
| Rycina 18 – Czasokres w miesiącach objęcia badanych opieką stacjonarną .....                                      | 131 |
| Rycina 19 - Czasokres w miesiącach objęcia badanych opieką domową .....   | 131 |
| Rycina 20 – Poziom samodzielności według Skali Barthel badanych objętych<br>opieką domową .....                   | 132 |
| Rycina 21 – Poziom samodzielności według Skali Barthel badanych objętych opieką<br>stacjonarną.....               | 132 |
| Rycina 22 – Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej w modelu kompleksowej<br>opieki długoterminowej .....            | 141 |

|  |     |
|--|-----|
| Rycina 23 – Schemat przedmiotowego ujęcia pielęgnacji kompensacyjnej.....                  | 157 |
| Rycina 24 – Schemat budowy standardu w modelu badawczym .....                              | 159 |
| Rycina 25 – Schemat modułu pielęgnacyjnego .....   | 163 |
| Rycina 26 – Model kompleksowej opieki długoterminowej .....                                | 176 |
| Rycina 27 – Podział kompetencji w zespole terapeutycznym w opiece<br>długoterminowej ..... | 181 |
| Rycina 28 - Kompetencje pielęgniarstwa i opiekuna w modelu badawczym .....                 | 185 |
| Rycina 29 – Schemat zasad według których pracuje zespół terapeutyczny .....                | 186 |



# 1. WSTĘP

Autorka pracując kilka lat (poczynając od 1976 roku) w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Kolejowego w Olsztynie, postrzegała trudną sytuację nie tylko osób poszkodowanych w ciężkich wypadkach ale także i ich rodzin. W ówczesnym systemie ochrony zdrowia nie było żadnej propozycji instytucjonalnego wsparcia w przygotowaniu się do życia ze znaczną niepełnosprawnością czy chorobą przewlekłą skutkującą pogłębiającą się niesamodzielnnością. Cały wysiłek terapeutyczny koncentrował się na uratowaniu życia, diagnozie i leczeniu w całkowitym oderwaniu od rzeczywistego losu uratowanego człowieka i jego rodziny. Osoba, której stan zdrowia uznano za stabilny, ale nadal obłożnie chora, zupełnie nie przygotowana do życia z chorobą i niepełnosprawnością, była wypisywana ze szpitala do domu. Autorka obserwowała wielokrotne powroty tych chorych do szpitala z poważnymi powikłaniami będącymi skutkami zaniedbań pielęgnacyjnych, wynikających z braku wiedzy, warunków, pieniędzy i małej wydolności opiekuńczej rodziny. Pacjenci cierpieli zarówno fizycznie jak i psychicznie z powodu odleżyn, bolesnych przykurczy stawów, zapaleń płuc i dróg moczowych – do których często dochodzi u chorych długotrwale unieruchomionych. Niestety, pobyt w szpitalu też nie przynosił ulgi jakiej można by się spodziewać, gdyż oferowany poziom pielęgnacji był bardzo niski. Samo farmakologiczne podtrzymywanie funkcji życiowych okazywało się niewystarczające i ludzie umierali w cierpieniu oraz całkowitym dyskomforcie fizycznym i psychicznym. Autorka nie mogła pogodzić się z takim stanem opieki i z tej niezgody powstała silna wewnętrzna potrzeba wprowadzenia nowych zasad oraz form opieki nad chorymi osobami niepełnosprawnymi. Myśl jak tego dokonać dojrzewała stopniowo, od pomysłu specjalizacji domów pomocy społecznej aż do stworzenia modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Po drodze były wyjazdy studyjne do Anglii, Szwecji, Niemiec, Holandii. W efekcie autorka połączyła pragmatyzm niemiecki z dojrzałym angielskim duchem pielęgniarstwa i opracowała koncepcję pielęgnacji kompensacyjnej, która wytyczyła kierunek i standardy działania w stworzonym przez autorkę modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Funkcjonował on w siedmioletnim okresie badań weryfikujących jego przydatność praktyczną - jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

Model opieki długoterminowej oparty na autorskiej koncepcji pielęgnowania, został przedstawiony na tle sytuacji społecznej i prawnej warunkującej funkcjonowanie

opieki długoterminowej w Europie i w Polsce. Autorka opisuje model badawczy oraz wyniki swych badań w kontekście problematyki potrzeb ludzkich i ich zaspokajania, a także wybranych teorii pielęgnowania. Tę obszerną problematykę przedstawiono skrótowo w rozdziale 2. W kolejnych rozdziałach zostały opisane założenia, cele i hipoteza badawcza oraz materiał i metoda badań. Wyniki badań zostały podsumowane i skomentowane w Dyskusji. Model kompleksowej opieki długoterminowej został przedstawiony w rozdziale 7, a także zilustrowany w Aneksie, który zawiera dokumentację zdjęciową, opisy stosowanych standardów postępowania i wzory dokumentacji medycznej.

## **2. PODSTAWA TEORETYCZNA MODELU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ - PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA**

### **2.1. Społeczne uwarunkowania opieki długoterminowej**

#### **2.1.1. Demografia i epidemiologia**

Europa, w tym Polska, szybko „starzeje się” przez co stoi dziś przed niespotykanymi dotychczas zmianami demograficznymi i ich bardzo poważnymi konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi. Przykładowo w 2003 roku przyrost naturalny ludności w Europie wyniósł zaledwie 0,04% rocznie. Współczynnik dzietności jest wszędzie poniżej progu koniecznego do odnawiania populacji (około 2,1 dziecka na kobietę), a w wielu państwach członkowskich UE spadł poniżej 1,5 dziecka na kobietę. Oznacza to, że w tych krajach imigracja stała się niezbędna do zapewnienia rozwoju ludności.<sup>1</sup>

Dane statystyczne dotyczące naszego kraju wskazują, że długość życia Polaków systematycznie się wydłuża, szczególnie po roku 1991. W okresie ostatnich 10 lat zwiększyła się w przypadku mężczyzn o ponad 4 lata, a w przypadku kobiet o ponad 3 lata. Znaczny przyrost zanotujemy w przyszłości w najstarszych grupach ludności. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej w 2010 r. osiągnie pół miliona, a w 2030 r. dojdzie do prawie ośmiuset tysięcy. Także liczba stulatków wzrośnie ponad pięciokrotnie i przekroczy 9 tysięcy. Populacja powyżej 65 roku życia (r.ż.), która obecnie liczy niewiele ponad 4 miliony (11,2%), zgodnie z przyjętymi szacunkami w roku 2030 będzie liczyć ok. 8 milionów (22,6%). Rosnący odsetek ludzi starych będzie miał wpływ nie tylko na system świadczeń społecznych nadzorowanych przez państwo, ale też na rynek dóbr i usług zakupywanych w celu zaspokajania rozmaitych potrzeb tej grupy ludzi.<sup>2</sup>

Ogólnie przyjmuje się, że system ochrony zdrowia tylko w 10% odpowiada za stan zdrowia populacji. To wyliczenie 10% jest nawiązaniem do powstania i ewolucji pojęcia Nowego Zdrowia Publicznego przy założeniu, że fundamentalne znaczenie w tym procesie miała opublikowana w r. 1974 koncepcja obszarów zdrowia *Marca*

---

<sup>1</sup>Raport: Problem zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski WHO Projekt on Ageing and Health IPiN, Warszawa 2005

<sup>2</sup>Bolesławski L.: Prognoza demograficzna na lata 2003-2030, GUS, Warszawa 2004,

Lalonde'a a następnie sformułowanie strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich”, opublikowanie Karty Ottawskiej oraz zdefiniowanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego.<sup>3</sup> lecz w odniesieniu do osób starszych, często niepełnosprawnych, sytuacja przedstawia się inaczej. Osoby w podeszłym wieku (powyżej 65 r.ż.) stanowią w Polsce blisko 13% ogółu populacji, jednak w znacznie większym stopniu niż pozostałe grupy wiekowe korzystają ze świadczeń społecznych i zdrowotnych.

Z danych pochodzących z 2004 r. wynika, że 48% ogółu zgonów w Polsce było spowodowane chorobami układu krążenia. Głównymi przyczynami zgonu są: zawał mięśnia sercowego i udar mózgu. W Polsce umieralność z powodu udarów mózgu jest jedną z najwyższych w Europie - obok Rosji, Bułgarii, Węgier i Danii - i rośnie wraz z wiekiem. W ostatnich latach zaobserwowano, że w przeciwieństwie do malejącej liczby zgonów z powodu zawału serca, umieralność z powodu udaru mózgu - zwłaszcza u osób powyżej 75 roku życia - wyraźnie wzrasta. U najstarszych pacjentów przebieg udaru jest cięższy, a ryzyko niesprawności związanej z udarem mózgu znacznie większe. Udar mózgu jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności osób powyżej 60 roku życia.

Kolejnym istotnym problemem w starzejącym się społeczeństwie jest wzrost liczby osób z postępującymi zmianami zwyrodnieniowymi mózgu. Otepienie jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności osób w podeszłym wieku i jednym z ważniejszych problemów zdrowia publicznego z powodu konieczności organizowania długotrwałej opieki, czy też programów pomocy dla opiekunów. Wyniki polskich badań epidemiologicznych wskazują na podobne rozpowszechnienie otępienia, jak w innych krajach UE. Szacuje się, że rozpoznanych jest jedynie kilkanaście procent ogółu przypadków otępienia.

Zespół Parkinsona (w tym choroba Parkinsona) należy do jednej z najczęstszych chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego. Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia zespołu Parkinsona jest wiek. Choroba ta rzadko występuje poniżej 50 roku życia, natomiast wraz z wiekiem jej częstość stopniowo wzrasta; w grupie wiekowej 50-54 lata współczynnik zapadalności wynosi 20/100 000 mieszkańców/rok, w grupie 70-74 lata – 80/100 000 mieszkańców/rok.

Niewątpliwym problemem wieku podeszłego są również choroby narządu ruchu, które dotyczą około 80% osób powyżej 70 r.ż. Są to przede wszystkim zmiany

---

<sup>3</sup> Wysocki M.J., Miller M.: Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, Przegląd Epidemiologiczny, 2003;57:505-512

zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów biodrowych i kolanowych, które ograniczają sprawność pacjentów i znacząco pogarszają jakość ich życia. Poważny problem społeczny stanowi niepełnosprawność spowodowana chorobami kręgosłupa.

Wśród innych dysfunkcji związanych z podeszłym wiekiem istotne znaczenie mają również zaburzenia snu dotyczące około 20% osób po 65 r.ż., przewlekła obturacyjna choroba płuc i zaburzenia funkcji zwieraczy.<sup>4</sup>

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, a następnie nowotwory złośliwe. Te dwie grupy chorób są powodem 72% ogółu zgonów.

Sytuacja zdrowotna Polaków jest gorsza w porównaniu z mieszkańcami wysoko rozwiniętych krajów UE.

Wskaźnikiem często to przytaczanym jest wskaźnik przeciętnej długości trwania życia przeżytego w zdrowiu. Wskaźnik ten został oszacowany przez Biuro Światowe WHO w Genewie dla lat 2000-2001 dla wszystkich krajów. Z Raportu WHO wynika, że obecnie Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64,3 lat (62,1 mężczyźni i 66,6 lat kobiety) a więc o około 6,1 lat krócej niż mieszkańcy krajów UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu mieszkańców Szwecji wynosi 7,5 roku, w stosunku do mieszkańców Portugalii, których pozycja w Unii jest pod tym względem najgorsza – około 2,5 roku.

Na stan zdrowia ludności w każdym kraju wpływa wiele czynników, nie zawsze bezpośrednio czy nawet pośrednio zależnych od samego człowieka. Spośród czynników decydujących o szybkości i tempie starzenia się największe znaczenie mają: czynniki genetyczne i środowiskowe (warunki życia i pracy), przebyte choroby oraz styl życia. Do czynników niekorzystnie wpływających na zdrowie należy zaliczyć nieprawidłowe odżywianie, nałogi (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narkotyki). Także zbyt mała aktywność fizyczna i otyłość również wpływają niekorzystnie na zdrowie.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Raport: Problem zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski WHO Projekt on Ageing and Health – Warszawa 2005

<sup>5</sup> Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich: Zielona Księga „Sprostać zmianom demograficznym: nowa solidarność międzypokoleniowa”, Bruksela, 16.03.2005 COM 92005

Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia wpływa na wydłużanie trwania życia. Konsekwencją jest wzrost zagrożenia chorobami przewlekłymi wraz z konsekwencją konieczności zapewnienia rozszerzonej opieki tej grupie osób.

Jak wynika z badań statystycznych, ponad 1/3 dorosłych Polaków (13,9 mln osób) deklaruje występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, trwających co najmniej 6 miesięcy, przy czym częstość występowania chorób przewlekłych rośnie wraz z wiekiem. I tak w grupie wiekowej 60-latków blisko 73% choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą a w grupie osób powyżej 70 r.ż. ponad 84% <sup>6</sup> [Tabela 8 i Tabela 9].

Starośći towarzyszy wielochorobowość. Znaczna część chorób przebiega odmiennie niż u ludzi młodszych, m.in. z powodu upośledzenia termoregulacji, słabszego odczuwania bólu, gorszej pamięci.

Do najczęstszych problemów zdrowotnych wieku podeszłego zalicza się:

- choroby układu krążenia, w tym: nadciśnienie tętnicze i jego powikłania (np. udar mózgu),
  - zaburzenia rytmu serca, choroby niedokrwienne serca, dusznicę bolesną, zawał serca,
- miażdżycę, choroby naczyń obwodowych, zakrzepowe zapalenie żył,
- choroby układu oddechowego, w tym: rozedmę płuc, niewydolność oddechową, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc,
- chorobę zwyrodnieniową stawów, szczególnie biodrowych i kolanowych, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, osteoporozę,
- pourazowe złamania kości długich i kręgosłupa będące skutkiem upadków,
- przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa,
- chorobę Alzheimera,
- zaburzenia psychiczne, szczególnie otępienie w chorobie Alzheimera i otępienie naczyniopochodne, zaburzenia depresyjne nawracające,

---

<sup>6</sup> Marciniak G: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006

- chorobę Parkinsona,
- choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego,
- choroby oka, w tym: zaćma starcza, jaskra, upośledzenie widzenia,
- choroby nowotworowe,
- choroby skóry, szczególnie owrzodzenie odleżynowe, owrzodzenie kończyny dolnej,
- zaburzenia odżywiania i metaboliczne, szczególnie cukrzyca.

Osoby starsze skarżą się najczęściej na zaburzenia rytmu serca, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, nietrzymanie moczu, wzdęcia, zaburzenia koordynacji ruchów, zawroty głowy, złe samopoczucie, zmęczenie, trudno gojące się rany, owrzodzenia żyłakowate i niedokrwienne kończyn, zaburzenia wzroku i słuchu.

Ostatnio coraz większą uwagę zwraca się na tzw. geriatryczny zespół jatrogeny. Jest to dolegliwość, nowa nabyta choroba, lub stwierdzone nieprawidłowe parametry biochemiczne, które wystąpiły u chorej osoby po 65 r.ż. w związku z niewłaściwie zaleconym leczeniem. Najczęstszą przyczyną geriatrycznego zespołu jatrogenego są zbyt duże dawki leków powodujące efekty toksyczne i interakcje w leczeniu wielolekowym. W związku z tym coraz częściej podkreśla się potrzebę zwiększenia dostępności do opieki geriatrycznej w poradniach i oddziałach geriatrycznych. W Polsce jest zaledwie jeden szpital geriatryczny oraz kilka takich oddziałów szpitalnych i poradni.

W polskiej polityce zdrowotnej, brakuje determinacji do rozwoju kompleksowej, koordynowanej opieki długoterminowej, w tym szczególnie ważnej specjalistycznej opieki geriatrycznej.

Biorąc pod uwagę stale zmniejszającą się wydolność opiekuńczą rodziny (głównie z powodu migracji i emigracji zarobkowej) i przewidywany wzrost liczb przypadków chorób o przewlekłym i nawracającym przebiegu w populacji osób starszych, autorka szczególną uwagę przywiązuje do zakresu sprawowanej opieki przez lekarzy, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz podkreśla rolę, jaką mają do spełnienia w tej opiece lekarze specjaliści, w tym specjaliści z zakresu opieki

paliatywno-hospicyjnej. Od kilku lat w środowisku medycznym toczy się dyskusja o konieczności i możliwości poprawy współpracy branż medycznych z szeroko rozumianą opieką społeczną, na rzecz osoby w podeszłym wieku, szczególnie przewlekle chorej. Współpraca i koordynacja jest warunkiem jej bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego.<sup>7</sup>

Wyniki badań statystycznych GUS nie stanowią bezpośredniego źródła informacji o liczbie osób niesamodzielnych i wymagających profesjonalnej opieki, ale dają wyobrażenie o społecznej skali zjawiska. W tym kontekście szczególnie cenne są wyniki spisu powszechnego i przeprowadzonego w 2004 r. badania stanu zdrowia ludności, zawierającego m.in. pytania o niepełnosprawność biologiczną. Pytania dotyczyły sprawności narządu ruchu, wzroku i słuchu oraz zdolności do samoobsługi, w tym higieny osobistej. Pytanie o niepełnosprawność biologiczną, zadawane w badaniach stanu zdrowia ludności, stanowi jedno z 7 pytań tworzących tzw. Minimalny Europejski Moduł Zdrowia. W pełni zharmonizowane europejskie badania ankietowe będą prowadzone w Polsce co 5 lat; kolejne odbędą w 2009 r. Ponadto w Polsce od 2005 r. jest realizowane, wzorem innych krajów UE, coroczne (przełom maja i czerwca) badanie dochodów i warunków życia ludności. Badanie to m.in. obejmuje 2 pytania: o samoocenę stanu zdrowia oraz o niepełnosprawność biologiczną, i stanowi źródło do obliczeń „oczekiwanej długości życia w zdrowiu” – jedyne obecnie wskaźnika strukturalnego z zakresu statystyki zdrowia.<sup>8</sup>

W badaniach statystycznych, jako sposób wyodrębnienia zbiorowości osób wymagających opieki, przyjęto kilka zmiennych z badania stanu zdrowia ludności. Są to pytania o: zdolność widzenia, słyszenia i poruszania się bez urządzeń pomocniczych, sprawność dłoni, możliwość noszenia cięższych zakupów, samodzielność w jedzeniu, kładzeniu się i wstawaniu z łóżka, ubieraniu i rozbieraniu, korzystaniu z toalety i mycia całego ciała. Przyjęto założenie, że już jedna negatywna odpowiedź – czy to spowodowana dysfunkcją określonego narządu czy też wykonywania podstawowych czynności życiowych – powoduje zaliczenie do kategorii „wymagających opieki innych osób”.

---

<sup>7</sup> Raport: Problem zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski WHO Projekt on Ageing and Health – Warszawa 2005

<sup>8</sup> Baran A: Osoby wymagające opieki w życiu codziennym w świetle wyników badania stanu zdrowia ludności w 2004 roku. Informacja na potrzeby MZ, Warszawa 2006.



Badaniem objęto 20 tysięcy mieszkań z 43 tysiącami mieszkańców, w tym 35 248 osób powyżej 15 lat i 7743 dzieci. Z uzyskanych wyników badań, uogólnionych następnie na populację mieszkańców kraju, wynika, że populacja osób „wymagających opieki” liczyła 4 153 500 osób. Z tej zbiorowości: 1 529 400 osób (36,8%) miało problemy spowodowane dysfunkcją określonego narządu i jednocześnie z samoobsługą, 968 700 osób (23,3%) miało problemy wyłącznie z samoobsługą, a 1 655 300 osób (39,9%) wyłącznie z funkcjonowaniem określonego narządu. Osoby powyżej 60 r.ż. stanowiły 62,4% tej populacji. Najliczniejszą grupę osób w zbiorowości „wymagających opieki” tworzyły osoby powyżej 70 r.ż.

O społecznej skali zapotrzebowania na kompensację utraconej sprawności świadczy fakt, że co dziesiąta osoba mająca ponad 60 lat nie może przeczytać gazety bez okularów (szkieł korekcyjnych), w tym 2,1 % z tego powodu, że nie odpowiednich okularów, a ponad 3% nie może tego wykonać w związku z chorobą oczu. Kłopoty ze słuchem ma co piąta osoba powyżej 70 roku życia. Aparatu słuchowego używa 1,7% dorosłych, głównie są to osoby po 60 r.ż. Około 4% osób zgłosiło w wywiadzie, że nie przejdzie 500 m, w tym 2,7% może poruszać się tylko przy pomocy sprzętu wspomagającego (laski, kule, balkoniki). Aż co czwarta osoba powyżej 70 r.ż. nie przejdzie samodzielnie 500 m. Co dwunasta osoba ponad 60-letnia i co czwarta ponad 70-letnia ma kłopot z samodzielnym wejściem na 1 piętro i zejściem ze schodów. Blisko 7% dorosłych osób deklaruje niemożność gryzienia i żucia twardego pokarmu (np. jabłko), w tym połowa z powodu braku odpowiedniej protezy zębowej. Zgodnie z uogólnionymi na populację dorosłych wynikami ankiet badań statystycznych, ponad 2 miliony osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tysięcy osób nie jest w stanie samodzielnie umyć się od stóp do głowy, a ponad 350 tysięcy nie ubierze się i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie 250 tysięcy osób musi mieć pomoc by samodzielnie wstać i położyć się do łóżka, a ponad 100 tysięcy osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponad 200 tysięcy osób nie może samodzielnie korzystać z toalety, a ponad 300 tysięcy nie odkręci kurka od gazu czy kranu.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Marciniak G: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006

W populacji ponad 4 mln osób wyodrębnionych statystycznie jako „wymagające opieki innych osób”, około 1 mln jest niesamodzielnych, a ponad 756 tysięcy osób (18,2%) zamieszkiwało samotnie w tzw. 1-osobowych gospodarstwach. W grupie tej osoby w podeszłym wieku (powyżej 70 lat) stanowiły 68,9%. Z powodu bardzo ograniczonej dostępności do opieki długoterminowej domowej, wielu ludzi decyduje się na całodobową opiekę instytucjonalną.<sup>10</sup>

Decyzja o opuszczeniu swojego środowiska i zamieszkaniu w domu opieki jest przez większość tych osób odczuwana jako wymuszona, dramatyczna i ostateczna. Nieco lepiej ludzie znoszą przymus zamieszkania u najbliższych członków rodziny.

Pozostanie we własnym mieszkaniu i nieobciążanie rodziny opieką nad sobą staje się najważniejsze, a sens życia jest równoważny z byciem samodzielnym w podstawowym zakresie codziennej aktywności. Takie podejście do własnej choroby i niepełnosprawności w naturalny sposób stwarza zapotrzebowanie na pielęgnację kompensacyjną.

### **2.1.2. Zapotrzebowanie społeczne na opiekę długoterminową**

Każdy człowiek, zdrowy i chory, ma dwie możliwości zaspokajania swoich potrzeb, albo przez aktywność własną, albo przez aktywność innych ludzi. Efektywność zależy od koegzystencji. Problematyka jakości życia osób, które doświadczają jednocześnie przewlekłego deficytu zdrowotnego i sprawnościowego, wyrażonego niezdolnością do samodzielnej egzystencji, dotyczy wszystkich dziedzin życia ludzkiego. Wiele przyczyn składa się na to, że życie tych osób jest sztuką rezygnacji z oczywistej dla ludzi zdrowych aktywności zawodowej i społecznej, aż do ograniczenia wielu codziennych potrzeb do niezbędnego minimum egzystencjalnego. Nie jest to tylko koszt jednostkowy, gdyż poprzez skalę zjawiska przekłada się on na

---

<sup>10</sup> Baran A: Osoby wymagające opieki w życiu codziennym w świetle wyników badania stanu zdrowia ludności w 2004 roku. Informacja na potrzeby MZ, Warszawa 2006.

poważne obciążenie ekonomiczne każdego współczesnego państwa. Jest to powodem poszukiwania optymalnych form opieki, możliwych do udźwignięcia przez system państwa i dostępnych dla wszystkich obywateli. Sytuacja demograficzno-epidemiologiczna i wytworzone w związku z nią potrzeby społeczne, warunkują i wymuszają pojawianie się nowych problemów oraz nowych koncepcji ich rozwiązania. Przy poszukiwaniu optymalnej koncepcji pielęgnowania osób niesamodzielnych, bez względu na przyczynę ograniczenia ich sprawności (choroba, uraz, wiek), nie sposób pominąć wspólnych dla tej grupy czynników psychicznych i społecznych, takich jak: negatywny bilans życia, izolacja społeczna, świadomość utraty pozycji społecznej i zmiany ról społecznych, obawy przed zubożeniem materialnym. Ograniczają one funkcjonowanie społeczne niepełnosprawnego człowieka, zwiększają liczbę dolegliwości somatycznych i mają istotne znaczenie dla postępowania terapeutycznego. W polskich warunkach, efektywna pomoc w przezwyciężeniu izolacji społecznej i odnalezieniu sensu życia jest trudna do zrealizowania. Zwiększająca się liczba stresowych czynników społecznych i ekonomicznych, szczególnie związanych z koniecznością dostosowywania się do coraz szybszego postępu technicznego, połączonego z narastającą biurokracją i stałym wzrostem kosztów utrzymania jak i związane z tym zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa, stały się „normą” końca XX i początku XXI wieku. Zjawiska te przyczyniają się do występowania, szczególnie u osób starszych, znaczącej liczby nieprawidłowych reakcji adaptacyjnych oraz reakcji rekompensacyjnych, co często staje się przyczyną depresji. Liczba samobójstw w Polsce rośnie i w 2004 roku były one przyczyną śmierci 6071 osób, co stanowiło 1,7 % wszystkich zgonów. W tej grupie 804 osoby były w starszym i w podeszłym wieku (powyżej 65 lat), w tym 85% to samotni mężczyźni. Konflikty międzypokoleniowe, brak rodzin wielopokoleniowych prowadzących wspólne gospodarstwo, izolacja rodzinna i społeczna osób w wieku podeszłym, samotność, to najpoważniejsze czynniki suicydogenne w grupie seniorów.<sup>11</sup>

Wyzwanie, przed jakim stanęli politycy kreujący politykę społeczną, jest ogromne, gdyż długoterminowej pomocy i pielęgnacji potrzebuje każdy człowiek, który w związku z chorobą, urazem czy wiekiem ma ograniczoną lub wyłączoną naturalną zdolność do samoopieki. Potrzeby bytowe osób niepełnosprawnych są podobne, a wiek i rodzaj schorzenia wpływają tylko na sposób ich realizacji. Ponieważ w tej grupie osób

---

<sup>11</sup> Jarosz H: Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się – raport WHO Project on Ageing and Health, Warszawa 2005.

znacząco przeważają ludzie w podeszłym wieku, autorka przy opisywaniu koncepcji pielęgnowania i procesu badawczego najczęściej odwołuje się do problematyki ludzi starych. Wpływ na takie podejście do problemu opieki długoterminowej mają także utrwalające się w Europie trendy demograficzne (przyspieszony wzrost liczby osób starszych) i społeczne – zmiana w podejściu do roli rodziny. Struktura rodzin się zmienia, ale nadal stanowią one istotną część społeczeństwa europejskiego. Młodzi ludzie nie uważają środowiska, w którym żyją, za sprzyjające wychowywaniu dzieci czy sprawowaniu opieki nad starszymi członkami rodziny. Jeśli Europa ma odwrócić spadek demograficzny czy wzrost zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną nad osobami starszymi, muszą zaistnieć bodźce pozwalające kobietom i mężczyznom godzić życie rodzinne z pracą. Co więcej, należy tworzyć warunki by rodzina nadal odgrywała istotną rolę w solidarności między pokoleniami. W związku z tym za podstawowe uznaje się kwestie zatrudnienia oraz dochodu w rodzinach niepełnych, dostępu do mieszkań, świadczeń socjalnych oraz opieki nad osobami starszymi. Niezbędna jest również dalsza modernizacja systemów zabezpieczenia społecznego, a zwłaszcza systemów emerytalnych, tak aby zapewnić ich trwałość społeczną i ekonomiczną oraz takiej ich konstrukcji, by reagowały na skutki starzenia się społeczeństwa. Niestety, stale rośnie liczba rodzin, które nie mogą rozwiązać samodzielnie problemu opieki nad krewnymi w podeszłym wieku, bez względu na stopień ich niesamodzielności. Lepszy profil zdrowotny dzisiejszych młodszych pokoleń daje nadzieję, że w przyszłości jako osoby w podeszłym wieku pozostaną samowystarczalne przez dłuższy czas i że będą chciały pozostać we własnych domach. Intensywna opieka wówczas będzie koncentrować się na końcowym okresie życia.

W każdym przypadku najtrudniej zorganizować stałą opiekę domową, którą obecnie w wielu krajach świadczą rodziny, a w szczególności kobiety. Kobiety te coraz częściej pracują zawodowo. Co więcej, coraz więcej dorosłych dzieci mieszka w znacznej odległości od rodziców. W związku z tym rodziny muszą otrzymać większe wsparcie społeczne. Ta sytuacja kreuje zapotrzebowanie na usługi socjalne i opiekuńcze w społecznościach lokalnych.

We wszystkich krajach Europy poszukuje się odpowiedzi na te same pytania:

- Czy koordynacja polityki w zakresie zabezpieczenia społecznego ma zostać rozszerzona na długoterminową opiekę dla osób starszych?

- Czy i jak takie działanie może pomóc w zarządzaniu zmianami demograficznymi?
- Czy należy wprowadzić rozróżnienie i podział między emeryturami a zasiłkami opiekuńczymi?
- Jak szkolić niezbędne zasoby ludzkie i jak zapewnić im dobrej jakości miejsca pracy w sektorze zabezpieczenia społecznego, który często charakteryzuje się niskimi pensjami i niskimi kwalifikacjami?
- Jak równomiernie rozłożyć ciężar opieki nad osobami w bardzo podeszłym wieku pomiędzy rodzinę, usługodawców społecznych usług oraz inne instytucje?
- Co można zrobić, aby pomóc rodzinom?
- Co można zrobić, aby wesprzeć lokalne sieci wsparcia?
- Co można zrobić, aby zmniejszyć nierówność między mężczyznami a kobietami, gdy dochodzą do wieku emerytalnego?
- Jak nowe technologie mogą wesprzeć osoby starsze? <sup>12</sup>

Kompensowanie utraconej sprawności, na każdym etapie życia, stanie się celem samym w sobie. Należy spodziewać się rozwoju całych gałęzi przemysłu, handlu i usług ukierunkowanych na ten cel.

Komisja Wspólnot Europejskich w Brukseli ogłosiła 16 marca 2005 roku, w ramach Zielonej Księgi w Sprawie Zmian Demograficznych, Komunikat pt. Zielona Księga „Sprostać zmianom demograficznym: nowa solidarność międzypokoleniowa. Komunikat odnosi się do aktualnej sytuacji demograficzno-społecznej i stwierdza, że w wyniku znacznego postępu w opiece zdrowotnej oraz jakości życia w Europie rośnie oczekiwana długość życia w zdrowiu. Coraz częściej rodziny składają się z czterech pokoleń. Jednak poszczególni członkowie rodzin z powodu migracji zarobkowej i zwiększającej się konkurencyjności na rynku pracy nie będą się już wspierać w sposób uznawany do niedawna w wielu państwach za normę społeczną.

Radykalnie zmienia się struktura społeczeństwa: więcej jest „starszych pracowników” w wieku 55-65 lat, osób starszych powyżej 65 r.ż. i osób w mocno podeszłym wieku powyżej 80 r.ż., mniej dzieci, młodzieży i dorosłych w wieku produkcyjnym. Konieczność wykazywania się pełną dyspozycyjnością w pracy

---

<sup>12</sup>Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich: Zielona Księga „Sprostać zmianom demograficznym: nowa solidarność międzypokoleniowa., Bruksela, 16.03.2005 COM 92005

uniemożliwia im sprawowanie bezpośredniej opieki nad członkami rodziny w podeszłym wieku. Europejska i krajowa polityka społeczna musi uwzględniać zaistniałe zmiany demograficzne. Stanowi to cel działań przygotowawczych przyjętych przez Parlament Europejski w 2004 roku, zmierzających do lepszego uwzględnienia wpływu zmian demograficznych na wszystkie ważne kierunki polityki.<sup>13</sup> Obserwuje się wzrastającą mobilność osób starszych, szczególnie w tzw. krajach bogatych. Osoby te coraz częściej i coraz dalej podróżują, a zmieniając miejsce zamieszkania decydują się na zamieszkanie w innym regionie a nawet kraju. Ludzie starsi konsumują więcej nowych towarów oraz usług i chcą uczestniczyć czynnie w życiu społecznym, a w szczególności w sektorze wolontariatu. Często chcą nadal pracować lub połączyć pracę w niepełnym wymiarze godzin z emeryturą. Komunikat „Zielona Księga” opiera się m.in. na wynikach ankiety, z której wynika, że większość Europejczyków, podobnie jak Polacy, uważa, iż rodzina jest najlepszym środowiskiem opieki nad osobami starszymi. Starsi respondenci wydawali się godzić z samodzielnym ponoszeniem rosnących kosztów opieki oraz nie popierali (częściej niż młodzi) przerzucania tych kosztów na osoby młodsze. Z drugiej strony, młodsze pokolenie wydaje się akceptować konieczność poniesienia zwiększonych wydatków rodzin na opiekę, pomimo tego, że ów wzrost wydatków dotknie młodych proporcjonalnie najbardziej.<sup>14</sup> Należy się także liczyć ze stałym znaczącym wzrostem liczby osób mieszkających samotnie, a zwłaszcza kobiet, co jest wynikiem różnicy w długości życia poszczególnych płci.

### **2.1.3. Opieka długoterminowa w Unii Europejskiej**

Kreatorzy polityki społecznej w wielu rozwiniętych krajach podjęli wysiłek przygotowania się na prognozowany, na podstawie wyników badań, wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Temu tematowi jest poświęconych wiele debat, także Konferencja która odbyła się w Brukseli dnia 13 września 2006 roku, pod hasłem „Wymiana transatlantycka na rzecz rozwoju opieki długoterminowej”. W Polsce również odbywają się cykliczne spotkania poświęcone tej tematyce. Najpopularniejszą jest Międzynarodowa konferencja opieki długoterminowej,

---

<sup>13</sup> Zachodzące zmiany demograficzne, których intensywność ma wzrosnąć od roku 2010, stworzą nowe społeczeństwo. Liczba osób starszych w wieku 65-79 lat znacznie wzrośnie i wzrost ten utrzyma się mniej więcej do 2030 roku (powyżej 37,4%). Osoby te będą bardziej aktywne i w lepszym zdrowiu, jeśli utrzymają się bieżące trendy. Będą również zamożniejsze, ponieważ prawdopodobne jest, że zgromadzą pełną emeryturę, a także będą mieć większe oszczędności niż ich poprzednicy i ich dzieci.

<sup>14</sup> Perceptions of living conditions in an enlarged Europe Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004

organizowana corocznie od 12 lat w Toruniu, gromadząc na trzydniowym spotkaniu około 800 osób. Na terenie Unii Europejskiej używa się różnych definicji opieki długoterminowej. Najczęściej określa się ją jako: „szerokie zagadnienie polityczne, które obejmuje szereg usług świadczonych osobom, które przed dłuższy czas są zależne od pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego<sup>15</sup> (ADL).<sup>16</sup>” Opieka długoterminowa w tym ujęciu obejmuje rehabilitację, podstawowe czynności lecznicze, opiekę domową, opiekę socjalną, pomoc domową i usługi takie jak, przygotowanie posiłków, czynności o charakterze zawodowym lub wykonywane z upoważnienia, w tym również pomoc w realizacji instrumentalnych czynności życia codziennego (IADL).<sup>17</sup> Zazwyczaj opieka długoterminowa dotyczy osób upośledzonych fizycznie lub umysłowo, osłabionych osób starszych oraz szczególnych grup wymagających pomocy w realizacji czynności życia codziennego. „Opieka długoterminowa dotyczy najczęściej najstarszych grup wiekowych, które są najbardziej obciążone skutkami długotrwałych chorób przewlekłych powodującymi niepełnosprawność fizyczną lub umysłową.”<sup>18</sup> Analizując dostępne dokumenty można powiedzieć, że wszystkie opisy opieki długoterminowej mieszczą się w ogólnym sformułowaniu, że jest to różnorodny wykaz usług zdrowotnych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (socjalnych) świadczonych stale lub przez dłuższy czas osobom, które potrzebują systematycznej pomocy w związku z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową.

Każdy kraj ma swój specyficzny model opieki długoterminowej.

Priorytetem krajów członkowskich jest opieka domowa.

Nie oznacza to lekceważenia stacjonarnej opieki, gdyż jest oczywiste, że powinna być ona dostępna dla obłożnie chorych i niesamodzielnych osób.<sup>19</sup> Jednocześnie zwraca się

<sup>15</sup> ADL: Podstawowe czynności życiowe związane z codzienną egzystencją jak jedzenie, mycie, ubieranie, poruszanie się, wstawanie i siadanie, poruszać, korzystanie z toalety i kontrolowanie funkcji pęcherza i jelit.

<sup>16</sup> OECD 2005 Long-Term Care for Older People

<sup>17</sup> IADL: Instrumentalne czynności życia codziennego są czynnościami związanymi z samodzielnością i obejmują przygotowanie posiłków, utrzymywanie się, robienie zakupów żywnościowych lub osobistych, wykonywanie lekkich lub ciężkich prac domowych i korzystanie z telefonu.

<sup>18</sup> OECD 2005 Long-Term Care for Older People

<sup>19</sup> S. Jacobzone (1999), [Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an overview of international perspectives](#), OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 38

uwagę na to, że jeżeli osoba z uwagi na swój stan musi korzystać z opieki stacjonarnej, powinna być w ośrodku znajdującym się możliwie blisko jej dotychczasowego miejsca zamieszkania, by nie przerwać środowiskowych więzi społecznych.<sup>20</sup> Niestety podejmowane ostatnio przez NFZ decyzje ograniczające dostępność do świadczeń stacjonarnych oraz domowych, zaprzeczają postanowieniom podjętym w Brukseli. Państwa członkowskie są zobowiązane do zagwarantowania dostępnej, wysokiej jakości i zrównoważonej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej poprzez zapewnienie dostępu do tej opieki dla wszystkich tak, aby potrzeba opieki nie prowadziła do ubóstwa i uzależnienia finansowego oraz eliminowanie braku równości w dostępie do opieki zdrowotnej. Państwa członkowskie, szczególnie mają na celu zapewnienie, aby dostęp nie był uzależniony od możliwości uiszczenia opłaty, dochodu czy zamożności. Powszechne, czy też prawie powszechne prawa gwarantujące dostęp do opieki obowiązują we wszystkich państwach członkowskich, bądź w formie krajowych systemów opieki zdrowotnej zapewniających wszystkim mieszkańcom kraju prawo dostępu do opieki albo w formie systemów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, które gwarantują zazwyczaj prawo dostępu osobom płacącym składki (i ich rodzinom), a państwo (dzięki podatkom) zapewnia dostęp osobom, które nie płacą składek. W Polsce w sytuacji bardzo poważnych niedoborów finansowych w systemie opieki zdrowotnej także czyni się próby rozwiązania tych problemów. Aktualnie w Parlamencie prowadzone są prace na projektem ustawy o społecznym ubezpieczeniu ryzyka niesamodzielności, potocznie zwanym ustawą pielęgnacyjną albo ubezpieczeniem opiekuńczym.

Państwa UE wyraziły zamiar zapewniania powszechnego dostępu do dobrej jakości opieki. Mimo, że formalnie dostęp jest powszechny, nadal istnieją bariery, a konsekwencje tego ograniczania są nierówno rozdzielone w społeczeństwie. Po zakończeniu projektu badawczego finansowanego przez Komisję Europejską<sup>21</sup> zidentyfikowano sześć barier lub przeszkód w dostępie, które ograniczają powszechną dostępność do opieki zdrowotnej<sup>22</sup>. Wiele państw członkowskich przyznaje, że ich system opieki długotrwałej jest nieodpowiedni w kontekście starzenia się społeczeństwa, zmian społeczno-demograficznych i zmieniających się potrzeb. Państwa

---

<sup>20</sup> Ethical choices in long-term care: what does justice require? World Health Organization collection on long-term care, WHO 2002

<sup>21</sup> *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues* (HealthACCESS), finansowany przez by Komisję Europejską DG SANCO, nr grantu 2003103(790873)

<sup>22</sup> Access to health care in the EU Member States, M. Wörz, T. Foubister, R. Busse, Euro Observer 2006, Vol.8 No 2



członkowskie chcą rozszerzyć opiekę długoterminową. Dotyczy to zwiększenia liczby kadry zajmującej się pielęgnacją i opieką. Do takich państw należy także Polska.

Wiele państw członkowskich chce promować opiekę rehabilitacyjną w celu przywrócenia sprawności pacjenta, aby mógł on odzyskać maksymalną samodzielność i funkcjonować w normalny sposób lub w sposób jak najbardziej zbliżony do normalnego. Opieka rehabilitacyjna może być prowadzona zarówno w ramach opieki instytucjonalnej jak i środowiskowej. Co ważniejsze, usługi rehabilitacyjne powinny być świadczone w celu umożliwienia, na ile to wykonalne, reintegracji zawodowej pacjenta. W wielu krajach obserwuje się kolejki oczekujących na opiekę stacjonarną, a opieka domowa jest niewystarczająca. Państwa koncentrują się na poprawie świadczeń i dostosowywaniu ich do potrzeb społecznych, co oznacza rozwój opieki domowej, ale także poprawianie jakości opieki stacjonarnej, która jest niezbędna dla osób obłożnie chorych. Wprowadza się technologie informacyjne i komunikacyjne, rozwiązania typu e-opieka zdrowotna, jak telemonitoring, telemedycyna i system niezależności życiowej, które mogą umożliwić prowadzenie niezależnego trybu życia i usług. Chodzi o to by system w większym stopniu ukierunkować na usługobiorcę. Państwa członkowskie są zobowiązane zagwarantować dostępną, wysokiej jakości i zrównoważoną długoterminową opiekę zdrowotną poprzez zapewnienie: jakości w sektorze opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, oraz poprzez dostosowanie opieki, łącznie z opieką profilaktyczną, do zmieniających się potrzeb społeczeństwa i indywidualnych. Jakość ma być osiągnięta zwłaszcza poprzez opracowanie standardów jakości odzwierciedlających najlepsze praktyki światowe oraz zwiększanie odpowiedzialności pracowników medycznych i społecznych oraz ich pacjentów. W wielu krajach w coraz większym stopniu regulacje dotyczące jakości opieki długoterminowej stopniowo rozwijały się z podstawowych lub minimalnych wymogów dotyczących struktury i procesu opieki w bardziej wszechstronne i złożone mechanizmy zapewnienia jakości, łączące w sobie wskaźniki uwzględniające procedurę, strukturę i efekt, jak również obowiązek ustawicznego szkolenia personelu wraz z mechanizmami ochrony praw pacjenta umożliwiającymi większy udział pacjenta. Kraje członkowskie uznają, że koordynacja opieki ma kluczowe znaczenie dla zapewniania wysokiego poziomu jakości i efektywnego wykorzystania zasobów w świadczeniu długotrwałej opieki w zakładzie lub w domu, a tym samym dla zapewnienia odpowiedniej ciągłości opieki bez względu na różnice w poziomie długotrwałej opieki (lokalny, regionalny, krajowy) i organizację. Problemy koordynacyjne przy łączeniu usług medycznych,

socjalnych i nieformalnej opieki mogą mieć w rzeczywistości negatywne skutki dla użytkowników systemu i prowadzić do nieefektywnego wykorzystania zasobów. Problemy koordynacji dotyczą z jednej strony finansowania systemu (koordynacja różnych wykorzystywanych budżetów lub jej brak), a z drugiej - zorganizowania świadczenia usług (koordynacja różnych poziomów organizacyjnych i różnych zaangażowanych organizacji (świadczenia opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej)). Postępująca wielochorobowość skutkująca niesamodzielnością wymusza pewien stopień integracji opieki, gdyż wymaga zapewnienia różnego typu pomocy i dostępu do specjalistycznego leczenia. Niestety, w Polsce nie ma koordynacji między systemem ochrony zdrowia a pomocy społecznej. Nieodzwonne jest by pracownicy służby zdrowia oraz służb społecznych byli zobowiązani do współpracy, tak aby pacjenci poruszając się po systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej otrzymali uzupełniające się świadczenia zdrowotne, pielęgnacyjne, opiekuńcze i socjalne. Koncepcja ciągłości opieki musi być oceniana pod kątem dobrego dopasowania usług medycznych, opiekuńczych i socjalnych na poziomie indywidualnego pacjenta<sup>23</sup>. To do „koordynatora” a nie poszczególnych usługodawców należeć powinna ocena indywidualnych potrzeb i ustalenie zakresu usług w ramach opieki długoterminowej, opartych na ocenie poszczególnych, indywidualnych potrzeb. Koordynacja opieki ma kluczowe znaczenie przy zapewnianiu ciągłej opieki dla indywidualnych pacjentów. Państwa członkowskie dysponują lub wprowadzają „środki mające na celu bardziej efektywne współdziałanie usług i wydajniejsze zarządzanie przejściami między usługami, biorąc pod uwagę korzyści dla usługobiorcy i lepsze wykorzystanie zasobów. Podobnie ma być promowana opieka rehabilitacyjna w celu przywrócenia sprawności pacjenta, aby mógł on odzyskać maksymalną samodzielność i funkcjonować w normalny, lub jak najbardziej normalny, dla wieku sposób.

Wszystkie kraje Unii Europejskiej koncentrują się na rozwiązaniu poważnych problemów kadrowych w sektorze opieki długoterminowej.

<sup>23</sup>The OECD Health Project, Long-term Care for Older People, OECD 2005, str. 34.

## 2.1.4. Analiza polskiego modelu wsparcia społecznego

Zabezpieczenie społeczne w Polsce obejmuje systemowe wsparcie obywatela od jego urodzenia do śmierci włącznie i jest realizowane przez kilka instytucji. Media podejmując problematykę, osób przewlekle chorych i niesamodzielnych wymagających wsparcia społecznego, ukazują ten system jako niewystarczający i niekoordynowany między instytucjami.

Tabela I. Zakres zabezpieczenia społecznego

| Urodzenie                            | Zdrowie / Choroba  | Sprawność / Niepełnosprawność   | Samodzielność / Niesamodzielność                  | Zgony              |
|--------------------------------------|--|---|---|--------------------|
| Zasiłek macierzyński                 | NFZ:<br>- prewencja<br>- diagnostyka<br>leczenie<br><br>ZUS, KRUS: zasiłki chorobowe<br><br>BUDŻET PAŃSTWA:<br>- świadczenia rehabilitacyjne | a) renty z tytułu<br>- niezdolności do pracy (ZUS)<br>całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS)<br>niezdolności do służby (MON, MSWiA, MS)<br><br>b) renty socjalne<br>c) renty inwalidów wojennych i kombatanatów (Budżet Państwa) | Dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, Budżet Państwa) | Zasiłek pogrzebowy |
| Rehabilitacja: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON |  |   |   |                    |

Źródło: Prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska<sup>24</sup>

### 2.1.4.1. System ochrony zdrowia

Realizacja polityki zdrowotnej jest domeną Ministerstwa Zdrowia. Świadczenia zdrowotne są opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który tworzony jest z obligatoryjnych, powszechnie obowiązujących składek na ubezpieczenie zdrowotne.

<sup>24</sup> Fragment prezentacji przedstawionej 22 września 2006 w Ministerstwie Zdrowia, na posiedzeniu Zespołu do Spraw Opracowania Założeń Projektu Ustawy Pielęgnacyjnej, funkcjonującego jako Organ Pomocniczy Ministra Zdrowia

Równość obywateli w dostępności do świadczeń zdrowotnych gwarantuje Konstytucja RP.

Na zasadach określonych w Konstytucji oraz w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, obywatele polscy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie.

Systemowe formy opieki zdrowotnej:

- stacjonarna – szpitale, zakłady opieki długoterminowej (pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze), hospicja, sanatoria, zakłady rehabilitacyjne,
- ambulatoryjna – lekarz rodzinny, poradnie specjalistyczne, stomatolog,
- domowa – pielęgniarka POZ (środowiskowa, rodzinna), pielęgniarka opieki długoterminowej, hospicjum domowe.

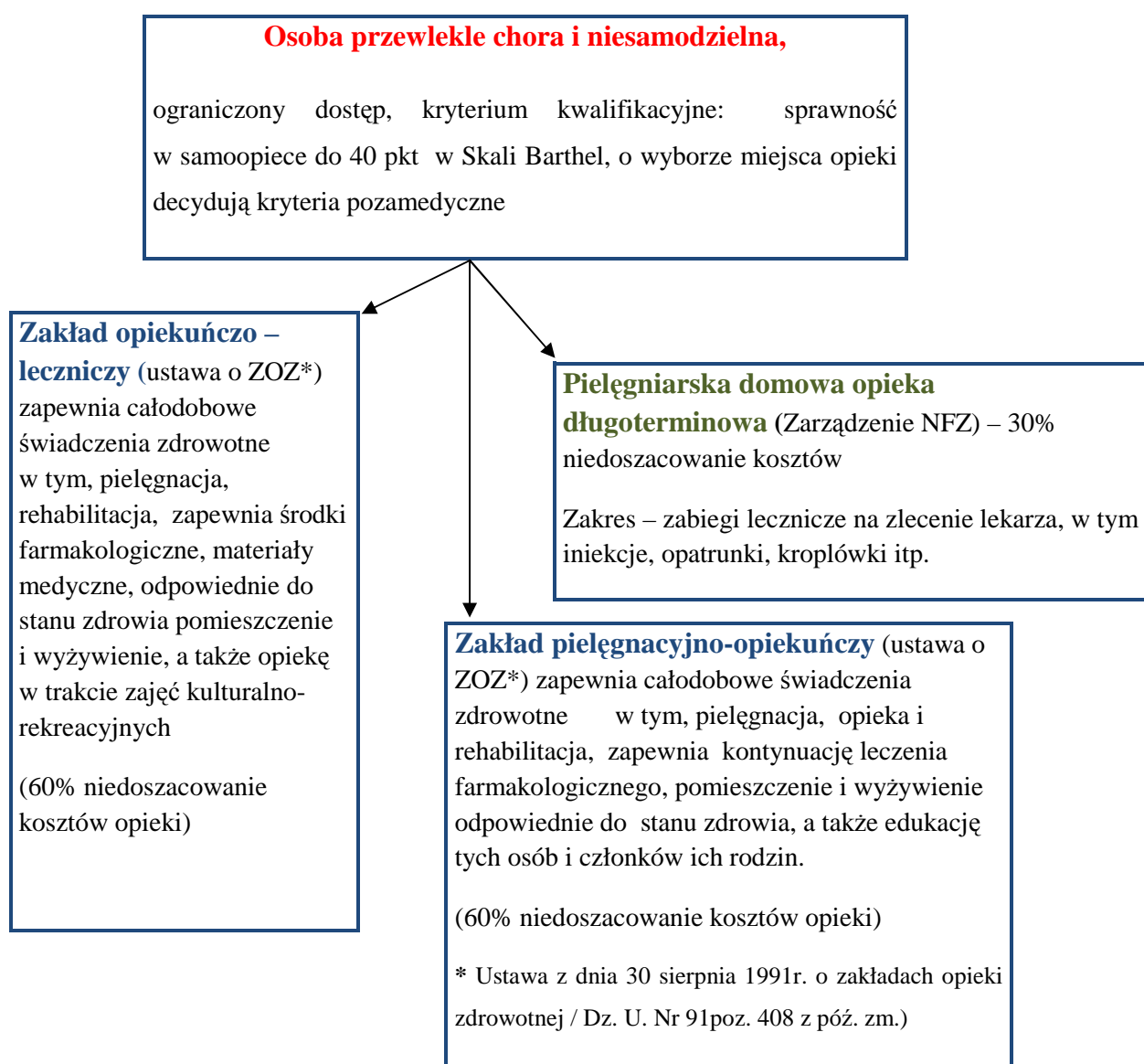
Każdy obywatel jest wpisany na listę, wybranego przez siebie, lekarza rodzinnego oraz pielęgniarce środowiskowej/rodzinnej lub pielęgniarce POZ. Lekarz rodzinny udziela pomocy medycznej w swej poradni, a w szczególnych przypadkach w domu pacjenta (wizyty domowe). Kieruje także na konsultacje specjalistyczne i leczenie szpitalne. Do niektórych specjalistów, np. onkologa, psychiatry, stomatologa nie jest wymagane skierowanie lekarza rodzinnego. Osoby wymagające nagłej interwencji medycznej, z powodu zagrożenia życia, są obejmowane leczeniem szpitalnym bez skierowania lekarza rodzinnego lub specjalisty. Szczegółowych informacji o zasadach kwalifikowania do poszczególnych rodzajów opieki, okresu oczekiwania na świadczenia i ewentualnym współfinansowaniu przez pacjenta, udzielają zakłady opieki zdrowotnej oraz punkty informacyjne działające w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Znakiem czasu są wydłużające się kolejki oczekujących na wizytę u specjalisty, często kilkumiesięczne i dłuższe.

#### **2.1.4.2. Opieka długoterminowa**

W Ustawie z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), nie potraktowano opieki długoterminowej jako specyficznego działu poświęconego pielęgnacji i opiece, a zawarto jedynie w Art. 35b ogólny zapis w brzmieniu:

„Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia”.

Rycina 1. Model opieki długoterminowej w polskim systemie ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne

NFZ kontraktuje następujące zakresy świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa:

- w oddziale dla przewlekle chorych,
- w ZPO, w ZPO dla dzieci i młodzieży,
- w ZOL, w ZOL dla dzieci i młodzieży,
- w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- w opiece domowej nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie,
- w opiece domowej nad dziećmi wentylowanymi mechanicznie,
- w ZOL dla pacjentów w stanie wegetatywnym,
- w pielęgniarskiej opiece środowiskowej, do końca 2009 roku
- w pielęgniarskiej opiece długoterminowej.<sup>25</sup>

W dniu 25 kwietnia 2008 r., na wspólnym posiedzeniu Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Senackiej Komisji Zdrowia, które było poświęcone sytuacji w opiece długoterminowej, NFZ przedstawił informację, z której wynika, że łączna wartość kontraktów w 2007 roku wyniosła 602 592 097 zł, w tym:

- opieka długoterminowa – 449 138 057 zł
- opieka paliatywno-hospicyjna – 153 454 040 zł

Wykonanie kontraktów było na poziomie 96,48%

Żadne ze sprawozdań polskich instytucji państwowych nie odnosi się do aktualnego zapotrzebowania na opiekę długoterminową i jej rzeczywistych kosztów. Podaje się informacje o liczbie wykonanych usług i poziomie wydatkowanych środków.

<sup>25</sup> Zarządzenie Nr 89/2006 Prezesa NFZ z dnia 19 września 2006 roku w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa.

Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził ograniczenie w dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, ustalając, że tą formą opieki mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub choroby, którzy w ocenie, według zmodyfikowanej skali *Barthel*, określającej sprawność do samoopieki, uzyskali od 0 do 40 punktów i wymagają systematycznych świadczeń pielęgniarских, kontynuacji leczenia i rehabilitacji. Pielęgniarską opieką długoterminową nie mogą być objęci pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej, co jest zrozumiałe i terminalnej fazie choroby nowotworowej, co nie znajduje żadnego uzasadnienia merytorycznego. Szczególnie, że opieka paliatywno-hospicyjna jest dostępna tylko w większych miastach.

Powszechne wątpliwości budzi wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia kryterium kwalifikacyjne do opieki stacjonarnej i domowej – sprawność w samopielęgnacji do 40 punktów w Skali *Barthel*. Oznacza to ograniczenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla 2/3 osób spośród wszystkich potrzebujących. Skala *Barthel* w wielu krajach Europy Zachodniej stosowana jest do obliczania poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich i nie jest nieprzydatna do określenia stanu zdrowia i zakresu niezbędnej pomocy medycznej. W kwalifikowaniu do opieki długoterminowej w innych krajach bierze się pod uwagę, obok stanu zdrowia, wymiar czasowy niezbędnej indywidualnej opieki na dobę. W Niemczech do opieki długoterminowej kwalifikuje się osoby wymagające co najmniej 90 minut opieki na dobę, w tym co najmniej 2/3 tego czasu ma być przeznaczony na podstawową pielęgnację (utrzymanie higieny ciała, pomoc w przemieszczaniu i pomoc w przyjmowaniu posiłków). Pacjenci do 40 punktów w Skali *Barthel* z reguły wymagają około 300 minut opieki indywidualnej<sup>26</sup>.

Ponieważ w Polsce jesteśmy dopiero w fazie tworzenia systemu opieki długoterminowej i nie ma na nią wystarczających środków, NFZ ograniczył dostępność do tych świadczeń, kwalifikując do opieki tylko osoby w najcięższych stanach. Według urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia każde przekroczenie 40 punktów ma skutkować uzyskaniem zgody płatnika na dalszy pobyt lub wypisaniem pacjenta z zakładu opieki długoterminowej. Ponadto Skala *Barthel* jest zupełnie nieprzydatna w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, czy z ranami przewlekłymi (np.

---

<sup>26</sup> . Nachtigäller C, Fischer E: Kodeks Socjalny (SGB) – Księga XI – Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne z dnia 26.05.1994; stopnie opieki pielęgnacyjnej, katalog świadczeń, zasady kwalifikowania do opieki; Federalny Dziennik Ustaw I. Poz. 1014 z późn, zm.; <http://www.wrzos.org.pl/> Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych – WRZOS.

odleżyny, owrzodzenia). Osoby te często przekraczają 40 punktów w Skali Barthel, ale bezwzględnie wymagają świadczeń z zakresu opieki długoterminowej.

Okresowo, w 2007 roku, NFZ wprowadził niewielką zmianę w kryteriach kwalifikacyjnych i zastosował inną skalę do oceny poziomu niesamodzielności. Ponieważ zwiększyła się liczba osób kwalifikujących się do opieki długoterminowej, w 2008 roku NFZ wrócił do poprzednich zasad.

W Polsce w połowie 2007 roku funkcjonowało łącznie 418 zarejestrowanych zakładów świadczących stacjonarną opiekę długoterminową, w tym:

- ZOL dla dorosłych - 299
- ZOL dla dzieci i młodzieży – 13
- ZPO dla dorosłych – 104
- ZPO dla dzieci i młodzieży - 2

Łączna liczba aktualnie przebywających w nich pacjentów wynosiła 16 539, w tym:

- ZOL dla dorosłych – 12 345
- ZOL dla dzieci i młodzieży – 419
- ZPO dla dorosłych – 3 720
- ZPO dla dzieci i młodzieży – 55

Średni czas pobytu, w tych zakładach wynosił w:

- ZOL dla dorosłych – 95,5 doby
- ZOL dla dzieci i młodzieży – 123,33 doby
- ZPO dla dorosłych – 85,68 doby
- ZPO dla dzieci i młodzieży – 92,73 doby
- Pacjentów, dorosłych i dzieci:  
w stanach wegetatywnych – 68 dób oraz wentylowanych mechanicznie – 99 dób

Czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL oraz ZPO – 2,5 miesiąca

Przeciętne, rzeczywiste koszty świadczeń w stacjonarnej opiece długoterminowej:

Osobodzień – 150, w tym:

- koszty kontynuacji leczenia i świadczeń zdrowotnych – 40 zł
- koszty podstawowej pielęgnacji – 80 zł
- koszty zakwaterowania i wyżywienia – 30 zł



Natomiast poziom finansowania ceny osobodnia opieki przez wojewódzkie oddziały NFZ waha się między 40 zł a 58 zł [Tabela 22] a w opiece nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie gdzie minimalny koszt to 300 zł, finansowanie NFZ jest na poziomie zaledwie 111 do 260 zł<sup>27</sup>.

Podobnie, nieadekwatna do kosztów rzeczywistych jest ustawowo ustalona odpłatność pacjenta za wyżywienie i zakwaterowanie w ZOL i ZPO.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w Dziale II – Publiczne zakłady opieki – w Art. 34a stanowi, że pacjent w ZOL/ZPO ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustalano w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Niestety kwota, odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, z reguły jest znacznie niższa od rzeczywistych kosztów, gdyż emerytury w Polsce są bardzo niskie, a wielu pacjentów ma jedynie renty socjalne. Ustawa nie stanowi, kto ma ponieść pozostałą, nie sfinansowaną przez pacjenta, część kosztów wyżywienia i zakwaterowania. W Ustawie o pomocy społecznej problem odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej został rozwiązany poprzez ustawowe zobowiązanie mieszkańca do pokrycia rzeczywistych kosztów pobytu. W przypadku, gdy kwota w wysokości 70% miesięcznego dochodu mieszkańca nie pokrywa ustalonej opłaty, ustawa zobowiązuje rodzinę i gminę do współpłacenia za pobyt w DPS. Ta różnica w finansowaniu kosztów pobytu powoduje, że decyzją administracyjną kieruje się osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji do ZOL, gdyż tam Gmina nie musi dopłacać. Ponieważ jest to dla finansów Gminy korzystniejsze to względy medyczne mają tu drugorzędne znaczenie.

Pielęgniarska opieka długoterminowa w domu – to świadczenie zdrowotne oferowane osobom przewlekle chorym i niepełnosprawnym, w każdym wieku i z każdą jednostką chorobową, których zdolność do samoopieki, oceniana według Skali *Barthel*, nie przekracza 40 punktów. Kryteria kwalifikacyjne są takie same jak do opieki stacjonarnej w ZOL/ZPO. Celem jest zapewnienie wzmożonej, profesjonalnej opieki osobom przewlekle i obłożnie chorym w środowisku domowym. Do zadań pielęgniarskiej opieki domowej należy: pielęgnacja, leczenie, rehabilitacja, pomoc w rozwiązywaniu problemów biologicznych, psychicznych, społecznych, pomoc choremu w samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku domowym, wspieranie

---

<sup>27</sup> Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

rodzin w czasie trwania choroby, edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz bezpośrednich opiekunów. Pielęgniarska opieka domowa powinna być sprawowana w dni powszednie, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy poprzez udzielanie świadczeń w medycznie uzasadnionych przypadkach. Liczba pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę domową nie powinna przekraczać 6 obłożnie chorych osób w miesiącu. Czas opieki powinien trwać nie krócej niż 1,5 godziny dziennie, średnio przez 4 dni w tygodniu (daje to wymiar czasu pracy średnio 169 godzin miesięcznie). Pielęgniarka domowa we własnym zakresie zapewnia środek transportu niezbędny do wykonywania świadczeń. Pielęgniarka domowa (przez Narodowy Fundusz Zdrowia zwana pielęgniarką opieki długoterminowej) współpracuje z: lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzami poradni specjalistycznych, pielęgniarką środowiskową, pracownikiem socjalnym, opiekunką społeczną oraz innymi osobami związanymi z realizowaną opieką. Pielęgniarka domowa nie może jednocześnie pełnić funkcji pielęgniarki poz ( środowiskowej, rodzinnej). Wymagane kwalifikacje pielęgniarki domowej to co najmniej 1 rok stażu pracy w lecznictwie zamkniętym i wykształcenie wyższe pielęgniarskie, ewentualnie średnie medyczne oraz specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w jednej z następujących dziedzin pielęgniarstwa: środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, zachowawczego, geriatrycznego. Od 2008 roku NFZ uznaje tylko wskazane przez siebie specjalizacje i kursy kwalifikacyjne.<sup>28</sup> W 2008 roku, NFZ wprowadził do systemu ochrony zdrowia nowy produkt – pielęgniarskie świadczenia środowiskowe. Pielęgniarka środowiskowa / rodzinna została nazwana pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej. Świadcząc pielęgniarską opiekę środowiskową, nie jest finansowana per capita lecz w systemie zadaniowym. Zgodnie z założeniem NFZ, pielęgniarka ta powinna mieć pod opieką co najmniej 8 pacjentów potrzebujących opieki długoterminowej oraz wykonywać usługi na rzecz innych pacjentów wpisanych na jej listę, a wymagających świadczeń incydentalnych, zleconych przez lekarza. Do jej zadań wpisano także usługi pielęgnacyjne takie jak mycie, karmienie, golenie itp., które w związku z wysokimi kwalifikacjami pielęgniarek i ich brakiem, powinny wykonywać opiekunki. Pielęgniarka świadcząca opiekę środowiskową składa comiesięczne sprawozdanie z wykonanych świadczeń zgodnie z wykazem NFZ, zawierającym punktację i wycenę,

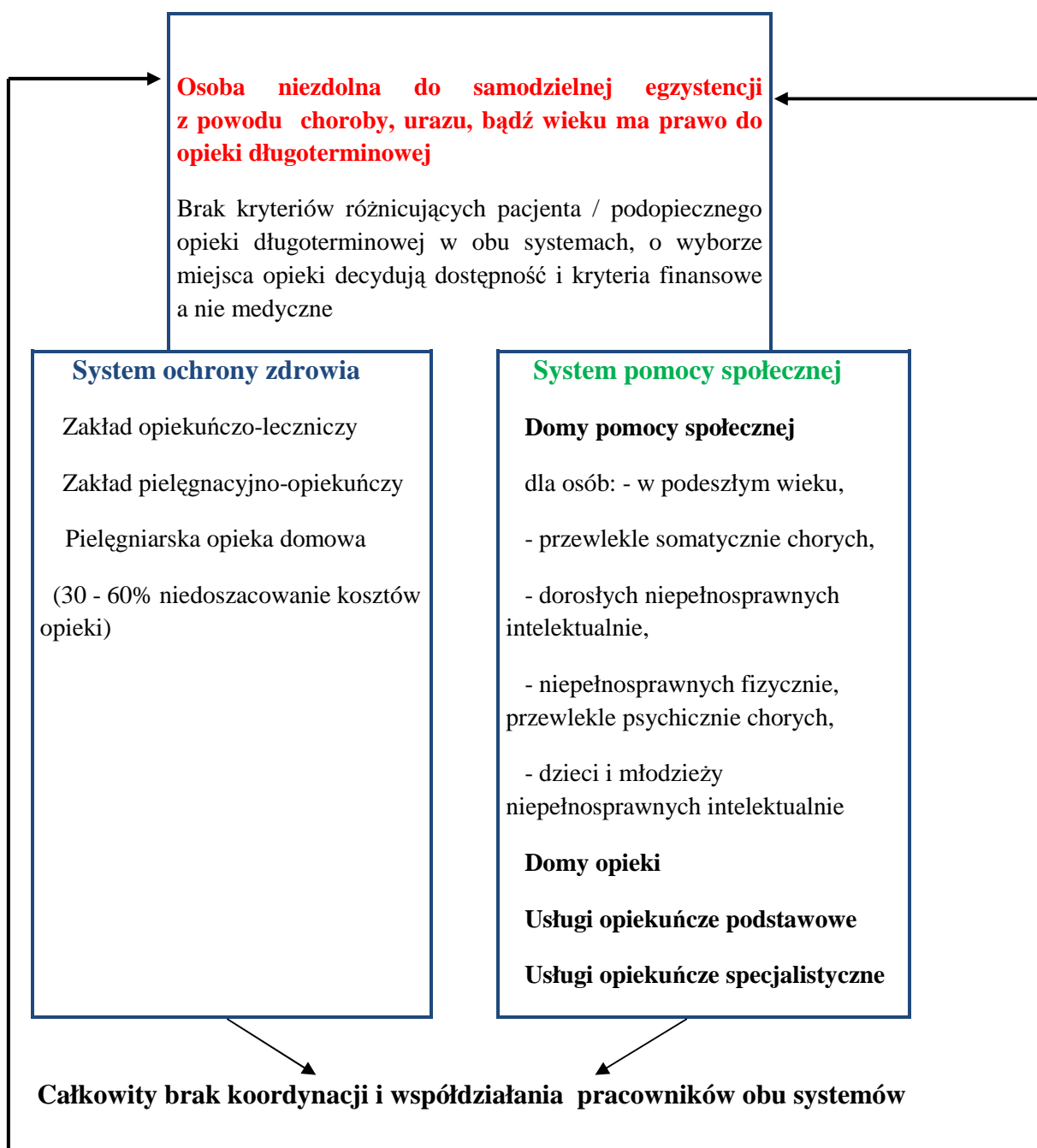
---

<sup>28</sup> Jest to kolejny krok NFZ zmierzający do ograniczenia dostępności do świadczeń, polegający na nieuznawaniu kwalifikacji i odmowy kontraktowania świadczeń. Jest to niezgodne z prawem ograniczenie pielęgniarskich uprawnień zawodowych.

nie może przekroczyć miesięcznie 5 000 zł pkt (1 zł za punkt). Wiele pielęgniarek środowiskowych pracuje w praktykach lekarzy rodzinnych, którzy decydują o zakresie jej zadań pracowniczych. Często pełnią one jednocześnie rolę pielęgniarki praktyki, pielęgniarki zabiegowej i pielęgniarki środowiskowej ( średnio 2,5 tys. osób wpisanych na listę) , a teraz jeszcze mają dodane zadania opieki długoterminowej. Tym samym narzucony umową zakres zadań jest niewykonalny i powstała kolejna fikcja. NFZ udaje, że płaci za całość świadczeń objętych umową, a świadczeniodawca udaje że zadania objęte umową są wykonane. Tym samym, pacjent ma zapewnioną kompleksową opiekę domową tylko teoretycznie, a środki na nowe zadanie są traktowane jako dodatek finansowy do dotychczas wykonywanych zadań. W dokumentacji się wszystko zgadza, co zadawała zarówno NFZ jak i świadczeniodawców (praktyki lekarzy rodzinnych). W połowie 2009 roku NFZ, z powodu braku środków zaprzestał finansowania świadczeń z zakresu pielęgniarstwa zadaniowego w POZ realizowanego na rzecz mieszkańców DPS. Najpoważniejsze problemy opieki długoterminowej w Polsce to:

- chaos pojęciowy, brak definicji opieki długoterminowej oraz podstawowych pojęć takich jak: świadczenie pielęgnacyjne, świadczenie opiekuńcze, świadczenie pielęgniarstwa, itp.
- brak usystematyzowanej terminologii dotyczącej następstw chorób i urazów oraz obowiązkowej sprawozdawczości, co skutkuje brakiem rozpoznania rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę długoterminową i uniemożliwia prowadzenie sensownej długofalowej polityki społecznej w tym obszarze,
- brak koncepcji, standaryzacji i kryteriów oceny jakości,
- narastający brak pielęgniarek i znacznie niższy poziom płac niż w szpitalach,
- drastyczne kryterium kwalifikacyjne, zobowiązujące zakłady do przyjmowania wyłącznie obłożnie chorych z samodzielnością do 40 pkt w Skali *Barthel*, najczęściej z wieloma schorzeniami. Szacuje się, że 2/3 osób potrzebujących opieki długoterminowej nie ma do niej dostępu,
- znaczne niedoszacowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia stawki za tzw. osobodzień opieki, średnio 60% w opiece stacjonarnej i 30% w opiece domowej.
- odpłatność pacjentów za pobyt (70% przychodu) nieadekwatna do rzeczywistych kosztów i brak prawnego uregulowania kto ma współfinansować pozostałe koszty.

Rycina 2. **Polski system opieki długoterminowej**



Źródło: opracowanie własne

#### 2.1.4.3. System pomocy społecznej

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia. W Polsce jest regulowana Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64 poz.593).

System opieki społecznej obejmuje różne formy pomocy lub usług dla osób chorych, niezdolnych do pracy, niepełnosprawnych, bezrobotnych i w podeszłym wieku, niekoniecznie ubogich, które są bezradne i nie potrafią samodzielnie zorganizować sobie życia. Wyróżnić można cztery podstawowe grupy świadczeń: pomoc rzeczową (dary w naturze), pomoc pieniężną (zasiłki), usługi opiekuńcze, pobyt w domach pomocy społecznej.

Pomoc społeczną świadczą instytucje specjalnie do tego powołane, tj.:

- w gminie – ośrodek pomocy społecznej,
- w powiecie – centrum pomocy rodzinie.

Ośrodek pomocy społecznej:

- oferuje usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych i chorych oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- pokrywa wydatki na świadczenia zdrowotne osób nie posiadających ubezpieczenia zdrowotnego,
- organizuje poradnictwo prawne i psychologiczne,
- wydaje decyzje w sprawie umieszczenia w domu pomocy społecznej ,
- prowadzi domy pomocy społecznej, ośrodki wsparcia o zasięgu lokalnym, środowiskowe domy samopomocy,
- udziela pomocy rzeczowej i finansowej w formie zasiłków.

Usługi opiekuńcze są realizowane w dwóch formach:

- stacjonarnej: domy pomocy społecznej, środowiskowe domy wsparcia,
- domowej: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane w domu podopiecznego.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze – przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób, w sytuacji gdy rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Usługi te są realizowane jako zadanie własne gminy i są finansowane z budżetu gminy.

Świadczenia z pomocy społecznej przyznawane są na mocy decyzji administracyjnej, na podstawie wywiadu środowiskowego sporządzonego przez pracownika socjalnego w domu podopiecznego. O udzielenie pomocy należy zwracać się do punktu pomocy społecznej właściwego dla rejonu zamieszkania podopiecznego.

Ośrodki pomocy społecznej określają swoje własne ramowe zakresy usług opiekuńczych, ujmując w nim najczęściej następujące czynności opiekuńcze:

- 1) pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb, w szczególności:
  - pomoc w samoobsłudze,
  - pomoc w wykonywaniu czynności higieny osobistej (głównie jest to toaleta poranna) i toaleta całego ciała w łóżku,
  - obcinanie i dbanie o higienę paznokci rąk i nóg,
  - pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, w tym zmianę pieluch
  - pomoc w ubieraniu i rozbieraniu,
  - dokonywanie zakupów,
  - przygotowywanie posiłków, w tym posiłków dietetycznych,
  - przynoszenie gotowych posiłków z baru lub stołówki,
  - karmienie,
  - przynoszenie węgla i palenie w piecu,
  - zmianę i pranie bielizny osobistej i pościelowej oraz odzieży,
  - odnoszenie rzeczy do prania do punktów pralniczych i ich odbiór,
  - utrzymanie w czystości pomieszczeń osoby objętej opieką,
  - wzywanie lekarza w sytuacjach wymagających jego interwencji,
  - zamawianie wizyt lekarskich,
  - realizację recept,
  - podawanie leków,
  - mierzenie temperatury,
  - załatwianie niezbędnych prac urzędowych,
  - zmianę pozycji ciała osoby mającej trudności z poruszaniem się, bądź nie poruszającej się,
  - pomoc w dojeździe do lekarza, na zabiegi, oraz w powrocie do domu,

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Do końca

września 2005 r. specjalistyczne usługi opiekuńcze były realizowane na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1996 r. w sprawie rodzajów specjalistycznych usług opiekuńczych oraz kwalifikacji osób świadczących takie usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zasad i trybu ustalania i pobierania opłat za te usługi, jak również warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat (Dz. U. z 1997 r. Nr 2, poz. 12), które zostało wydane na podstawie ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej.

Obowiązujące od dnia 1 października 2005 r. nowe rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598) wydane zostało na podstawie nowej ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Według przepisów tego rozporządzenia podniesione zostały wymagania kwalifikacyjne w stosunku do osób świadczących specjalistyczne usługi, powiększono katalog jednostek, w których osoba świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi może odbyć staż pracy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyjątkiem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, są zadaniem własnym gminy. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zadaniem zleconym gminie, finansowanym z budżetu państwa. Do objęcia usługami opiekuńczymi i specjalistycznymi usługami opiekuńczymi kwalifikuje dyrektor ośrodka pomocy społecznej, w formie decyzji administracyjnej, ustalając ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Wysokość opłat za usługi opiekuńcze, realizowane w ramach systemu opieki społecznej, uzależniona jest od posiadanych dochodów podopiecznego. Szczegółowe zasady przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz szczegółowe zasady częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat jak również trybu ich pobierania określa, w drodze uchwały, Rada Gminy.

Organizowanie wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi odbywa się we współpracy z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, stosownie do art. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 11, poz. 535 z późn. zm.). Dostępność do tych usług i ich jakość jest niska. Ma to związek z bardzo ograniczonym, w stosunku do potrzeb i kosztów, budżetem, jaki lokalne samorządy przeznaczają na ten cel. Z informacji udzielanych przez Departament Pomocy Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wynika, że przy

ogólnym spadku liczby udzielanych usług opiekuńczych, w 2005 r. w stosunku do roku 2004 nastąpił nieznaczny wzrost liczby osób objętych usługami opiekuńczymi i specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla osób zaburzeniami psychicznymi. Podniesienie wymagań kwalifikacyjnych w stosunku do osób świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze bez wprowadzenia okresu przejściowego spowodowało zagrożenie realizacji tych usług i protesty ze strony podmiotów i osób świadczących dotychczas te usługi. Nadal nie ma żadnej różnicy, w tym jakościowej między usługami podstawowymi i specjalistycznymi

Rodzinny dom pomocy stanowi specjalną formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę w jej miejscu zamieszkania dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób wymagających wsparcia w tej formie. Na koniec 2004 roku funkcjonowały tylko 4 takie domy na 32 miejsca ogółem. W następnych latach liczba tych domów nie uległa zmianie.

Usługi opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania, ale realizowane mogą być również w ośrodkach wsparcia i tzw. mieszkania chronionych. Ośrodek wsparcia jest dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy, w tym usługi żywieniowe. Przy ośrodkach wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Ośrodkami wsparcia są: środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy społecznej, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko i dom dla bezdomnych, kluby samopomocy. Tworzenie i finansowanie ośrodków wsparcia jest zadaniem własnym gminy lub powiatu. Mogą być one przeznaczone dla różnej kategorii osób, w tym dzieci, w zależności od potrzeb występujących na danym terenie.

Osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność mają prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Jest to placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Domy pomocy społecznej, w tym prowadzone na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, muszą posiadać zezwolenie wojewody. Aby uzyskać zezwolenie wojewody na prowadzenie domu pomocy społecznej, musi on spełniać wymagane standardy (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. Nr 217 poz. 1837). Zgodnie Ustawą o pomocy



społecznej prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponad gminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób jest zadaniem własnym powiatu (w tym gmin na prawach powiatu) dofinansowywanym z budżetu państwa. Gminy także mogą prowadzić domy pomocy społecznej o zasięgu gminnym. Domy pomocy społecznej zasięgu regionalnym i specjalistyczne mogą być prowadzone przez samorząd wojewódzki. Jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania, w tym:

- dla osób w podeszłym wieku,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

W roku 2005 w stosunku do 2004 roku zmniejszyła się liczba domów i liczba mieszkańców i jak dotąd nie obserwuje się żadnej poprawy. W znowelizowanej Ustawie o pomocy społecznej z 2004r., zostały zawarte regulacje prawne dotyczące także prywatnych placówek pełniących funkcje opiekuńcze w stosunku do osób starych, przewlekle chorych – w zakresie konieczności rejestracji i standardów świadczonych usług. Chodzi tutaj o placówki prowadzone przez osoby fizyczne i prawne, jako działalność gospodarczą. Istotna różnica polega również na tym, że osoby przebywają w nich na podstawie umowy z podmiotem, który prowadzi placówkę, a nie na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez odpowiedni organ (tak jak w przypadku domów pomocy społecznej). Wymóg posiadania zezwolenia na działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku wynika z troski ustawodawcy o poziom usług świadczonych przez te placówki i konieczność ochrony praw osób w nich przebywających. Osoby starsze, chore, niepełnosprawne nie zawsze są w stanie dokonać obiektywnej oceny warunków jakie są im oferowane przez prywatne placówki. Mogą być też narażone na złe traktowanie, a rodziny, niejednokrotnie mieszkające w znacznej odległości nie mają regularnego kontaktu pozwalającego na realną ocenę sytuacji. Zezwolenie ww. placówkom wydaje w drodze decyzji administracyjnej wojewoda (właściwy ze względu na położenie placówki).

Dlatego podmiot, który ma zamiar prowadzić działalność w wymienionym zakresie, powinien przed rozpoczęciem działalności otrzymać stosowne zezwolenie od właściwego wojewody. Ustawa o pomocy społecznej daje wojewodzie uprawnienie do kontrolowania omawianych placówek w zakresie standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw osób w nich przebywających. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej nie posiada danych nt. placówek prowadzonych na podstawie zezwolenia na działalność gospodarczą. W 2008 roku w województwie mazowieckim przeprowadzono kontrolę prywatnych domów opieki. Około 160 domów działało bez rejestracji i nie spełniało wymaganych standardów.

#### Kierowanie do domów pomocy społecznej

---

Według nowych przepisów decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za dom pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania. Natomiast decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej. W przypadku regionalnych domów, decyzję wydaje marszałek województwa, oprócz regionalnych domów finansowanych z dochodów własnych samorządu województwa. W tym wypadku decyzję o skierowaniu wydaje organ gminy, a decyzję o umieszczeniu i opłacie za pobyt – marszałek województwa. Jednocześnie w stosunku do domów prowadzonych przez osoby fizyczne, Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, i inne osoby prawne (jeżeli nie są prowadzone na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego) nie mają zastosowania przepisy dotyczące zasad kierowania i umieszczania osób w domu pomocy społecznej, ustalania średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu, zasad odpłatności za pobyt w domu, zasad zwalniania z odpłatności. Kwestie te mogą być określone przez takie domy w sposób dowolny. Podmioty prowadzące takie domy mogą świadczyć swoje usługi na podstawie umów cywilnoprawnych z dowolnie określonymi osobami. Również zakres świadczonych usług przez taki dom pomocy społecznej może wynikać bezpośrednio z zawartej umowy. Ustawa zezwala gminie na kierowanie osób do takich domów pomocy społecznej, jednak tylko pod warunkiem braku wolnych miejsc w domach prowadzonych bezpośrednio przez gminę, powiat lub przez podmioty niepubliczne na ich zlecenie. Od początku 2004 roku, w związku z wejściem w życie nowych przepisów o sposobie kierowania i finansowania domów pomocy społecznej, znacznie zmniejszyły

się kolejki osób oczekujących na miejsce w ponad gminnych domach pomocy społecznej, a w niektórych z nich okresowo są nawet wolne miejsca. Gminy generalnie wzbraniają się przed kierowaniem osób wymagających wsparcia do domów pomocy społecznej, tłumacząc się brakiem środków finansowych na to zadanie. Powszechnie wykorzystywana jest prawna możliwość administracyjnego kierowania do publicznych ZOL lub ZPO, gdyż tam na skutek luk prawnych gmina nie jest obowiązana pokrywać koszty pobytu. Dlatego też na zwolnione miejsca w domach pomocy społecznej (dotyczyło to głównie domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, ale było zróżnicowane w zależności od rejonu kraju) nie było takiego zapotrzebowania jak wcześniej. W przypadku dużej liczby wolnych miejsc, domy miały problemy, głównie dotyczące utrzymania zatrudnienia na odpowiednim poziomie, wymaganym obowiązującym standardem usług. Mając na uwadze tę sytuację minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego na początku 2005 roku zwrócił się do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o zebranie i udostępnienie danych określających w jakim stopniu gminy przygotowały się do realizacji tego zadania. Otrzymane informacje, zebrane przez Regionalne Izby Obrachunkowe, wyraźnie wskazywały, iż gminy w znakomitej większości nie przewidziały, w projektach lub uchwalonych już uchwałach budżetowych, środków finansowych na pokrycie odpowiedniej części kosztów pobytu w domach pomocy społecznej swych mieszkańców. Sytuacja ta ograniczała lub uniemożliwiała wielu obywatelom dostęp do świadczeń o charakterze socjalnym w ramach zabezpieczenia społecznego czego gwarantem, szczególnie w sytuacji choroby, inwalidztwa czy wieku podeszłego powinno być Państwo i jego służby publiczne. W związku z powyższym Minister Polityki Społecznej zwrócił się do wszystkich wojewodów, z prośbą o podjęcie działań umożliwiających udzielanie społeczności lokalnej wsparcia jakim jest pobyt w domu pomocy społecznej. W ciągu całego 2004 r. do domów pomocy społecznej skierowano ogółem 9487 osób, z czego na nowych zasadach 4160 osób. W roku 2005 na starych zasadach skierowano jeszcze 1249 osób, natomiast na nowych zasadach 7884 osoby. Liczba osób kierowanych na nowych zasadach w 2005 roku w stosunku do roku 2004 wzrosła o 76,8 % .<sup>29</sup>

Nowe zasady ponoszenia opłat z tytułu pobytu w domu pomocy społecznej uwzględniają zatem sytuację materialną osób i rodzin, ale nie zwalniają ich

---

<sup>29</sup> Źródło: Departament Pomocy Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

z odpowiedzialności za swoich niepełnosprawnych członków. Przy ustalaniu odpłatności brana jest pod uwagę rzeczywista sytuacja materialna rodziny, w taki sposób, aby obciążona opłatą, sama nie znalazła się w sytuacji wymagającej wsparcia pieniężnego z pomocy społecznej. W przypadku, gdy rodzina z jakiegoś powodu nie wpłaci opłaty ustalonej w drodze porozumienia, gmina wnosi ją zastępczo, a potem może wszcząć postępowanie w sprawie zwrotu tych środków. Przeniesienie częściowej opłaty na gminy, miało na celu m.in. wyzwolenie w nich inicjatywy rozwijania usług środowiskowych dla swoich mieszkańców, z czego wcześniej gminy często rezygnowały, przenosząc obciążenia na powiaty prowadzące domy pomocy społecznej, Ustawodawca umożliwił również radzie gminy określenie w drodze uchwały korzystniejszych dla mieszkańców domów, ich małżonków i krewnych warunków ustalania opłat za pobyt w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym, częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, zwrotu należności za okres nieobecności osoby w domu. W razie braku takiej uchwały stosuje się zasady określone w ustawie.

Do 2007 roku domy pomocy społecznej były zobowiązane zapewnić ustawowo ustalony standard. Standardem objęte są usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie- również potrzeby edukacyjne. Standard zróżnicowany jest w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej ilości pracowników socjalnych, zapewnienie kontaktu z psychologiem, a domach dla osób przewlekle psychicznie chorych również z psychiatrą, oraz odpowiedni wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno- opiekuńczego wspomniany standard umożliwia uwzględnianie wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osób odbywających służbę zastępczą, pracujących bezpośrednio z mieszkańcami (nie więcej jak 30% ogólnej liczby zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym).

Natomiast w przypadku domów pomocy społecznej, które mają niewielkie szanse na dojście do wymaganych standardów podnosi się argument, że na terenie kraju funkcjonuje 795 domów pomocy społecznej, a w części z nich znajdują się wolne miejsca (2 362 wolne miejsca w skali kraju według stanu na 31.12.2005 r.), tym samym jest możliwa likwidacji domów, które nie osiągnęły standardów i przeniesienia ich mieszkańców do domów, które ten standard osiągnęły.

W połowie roku 2007 w Polsce funkcjonowało 794 zarejestrowanych DPS, w tym:

- samorządowe – 591,
- niepubliczne – 203,

Łączna liczba miejsc w zarejestrowanych DPS wynosiła 78 718, w tym:

- w samorządowych – 65 617,
- w niepublicznych – 13 101,

Łączna liczba ich mieszkańców wynosiła 77 358, w tym:

- w samorządowych – 64 626,
- w niepublicznych – 12 732,

W tej liczbie mieszkańców 9 861 osób nie opuszcza łóżek, w tym:

- w samorządowych – 7 981,
- w niepublicznych – 1 880,

Łączna liczba mieszkańców DPS powyżej 60 roku życia wynosi 40 161 osób, w tym:

- w samorządowych – 34 731, a powyżej 74 roku życia – 19 639 osób,
- w niepublicznych – 5 430, a powyżej 74 roku życia – 3 519 osób.<sup>30</sup>

Ogólną sytuację chorych i niesamodzielnych mieszkańców DPS ma poprawić rozwój opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia, szczególnie opieki domowej. Reforma ochrony zdrowia w sposób istotny wpłynęła na zmiany w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz mieszkańców DPS. Domy opieki nie posiadają już tytułu do świadczenia usług zdrowotnych w placówce, a jedynie mają zapewnić dostęp do tych usług na zasadach ogólnych, wynikających z przepisów ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak, na zasadzie tradycji, praktyka działania domów, utrzymuje opiekę personelu pielęgniarstwa finansowanego w całości ze środków pomocy społecznej a pacjenci nie mają możliwości korzystania z katalogu należnych im ustawowo świadczeń, finansowanych ze środków NFZ.

---

<sup>30</sup> Źródło: Departament Pomocy Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Obecne przepisy prawne umożliwiają tworzenie zakładów świadczących pielęgniarstwą opiekę długoterminową na terenie DPS na rzecz ich chorych mieszkańców, ale rozwiązanie takie udało się uruchomić tylko w przypadku 17 zoz-ów.

Główne bariery we wdrażaniu tego rozwiązania to brak pielęgniarek, spełniających wymogi kwalifikacyjne NFZ (jak wyżej, pielęgniarstwa opieki długoterminowej), narastający brak pielęgniarek w całym systemie i brak możliwości konkurencyjności płaconego na rynku świadczeń zdrowotnych oraz nie spełnianie wymogów w zakresie standardu wyposażenia pomieszczeń służących realizacji świadczeń zdrowotnych.

Pomimo reformy ochrony zdrowia i braku możliwości świadczenia usług zdrowotnych w domach opieki, są one nadal obowiązane świadczyć usługi zdrowotne na podstawie ustawy z 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz.535 z późn.zm), regulowane aktami wykonawczymi, w tym:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995r. w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej (dotyczy rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo, przebywających w DPS),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1995r. w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy ( dotyczy mieszkańców DPS z zaburzeniami psychicznymi)

Podstawowym problemem w polskim systemie opieki długoterminowej jest brak uwarunkowań prawnych i finansowych do budowy odpowiedniej do potrzeb infrastruktury. Szczególnie dotkliwy jest brak warunków zabezpieczających wystarczająco liczną kadrę pielęgniarek i wykwalifikowanych opiekunów.

Rycina 3 **Cechy charakterystyczne polskiego modelu opieki długoterminowej**



Źródło: opracowanie własne

#### 2.1.4.4. Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności<sup>31</sup>

W prawie polskim pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w 1982 r. w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. Jedną z najnowszych definicji jest zawarta w ustawie z sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, wg której niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej.

Ryzyko utraty życia, zdrowia, sprawności i samodzielności jest powszechne i dotyczy wszystkich ludzi. Problem zabezpieczenia społecznego takich ryzyk socjalnych, jak choroba i jej następstwa w postaci niepełnosprawności i niesamodzielności dotyczy wszystkich społeczeństw i jest szczególnie istotną dziedziną polityki społecznej. Problem ten musi być rozwiązywany w kontekście wartości i potrzeb ludzkich.

W Polsce system zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych jest realizowany w ramach:

- powszechnego ubezpieczenia społecznego pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz rolników,
- zabezpieczenia społecznego niektórych pracowników państwowych,
- pomocy społecznej,
- wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych i pracodawców tworzących dla nich miejsca pracy.

W każdym z tych systemów odrębnie definiuje się „niepełnosprawność”.

Zabezpieczenie niepełnosprawności będące w gestii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotyczy osób niepełnosprawnych, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia pełnienie funkcji społecznych, a szczególnie zdolności do wykonywania pracy zawodowej. U osób tych wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.

---

<sup>31</sup> A. Wilmowska-Pietruszyńska: Niepełnosprawność, Opracowanie na potrzeby Rady Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia, Warszawa 2008



Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do podjęcia pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia funkcji społecznych, stałej opieki lub długotrwałej pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia funkcji społecznych.

Osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności to osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny zmniejszenie zdolności do wykonywania pracy w porównaniu ze zdolnościami, jakie wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mające ograniczenia w odgrywaniu ról społecznych dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Zgodnie ze znowelizowaną w 2002 roku ustawą o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (1997 r.) za niepełnosprawne uznaje się osoby do lat 16, u których stwierdzone naruszenie sprawności fizycznej lub psychicznej o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, spowodowane wadami wrodzonymi, długotrwałą chorobą lub uszkodzeniem organizmu, powodujące konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Według rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia, stanami chorobowymi uzasadniającymi konieczność stałej opieki lub pomocy są:

- wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytną rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się,

- wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego,
- upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym,
- psychozy i zespoły psychotyczne,
- zespół autystyczny,
- padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi,
- nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia,
- wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności – obniżenie ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni,
- głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu nie poprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.

Przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu, sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji.

Istotne kryteria przy orzekaniu o niepełnosprawności dzieci do lat 16 to:

- przewidywany okres trwania upośledzenia stanu zdrowia przekraczający 12 miesięcy,
- niezdolność dziecka do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem,

powodujące konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku,

- znaczne zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagające systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem.

Wymienione wyżej definicje opierają się na stwierdzeniu „naruszenia sprawności organizmu”.

### Regulacje prawne dotyczące osób niepełnosprawnych

Specyficzne potrzeby osób niepełnosprawnych uwzględnione zostały w szeregu przepisów prawnych, dotyczących niemal wszystkich aspektów organizacji i funkcjonowania społeczeństwa. Konstytucja RP w art. 32 wprowadza zakaz dyskryminacji kogokolwiek z jakichkolwiek przyczyn. Art. 68 i 69 stanowi o obowiązku zapewnienia przez władze publiczne osobom niepełnosprawnym opieki zdrowotnej i pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej.

Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 r. przyjęło Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych odwołujące się do fundamentalnych Praw Człowieka.

W 1993 r. w Polsce przyjęty został Rządowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i ich Integracji ze Społeczeństwem. Sejm RP przyjął w dniu 1 sierpnia 1997 r. w trybie uchwały Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych. Stanowi ona, że osoby niepełnosprawne, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. W Karcie wymienione są także prawa osób niepełnosprawnych, takie jak dostęp do opieki medycznej i rehabilitacji, nauki w szkołach wspólnie z osobami sprawnymi oraz pełnego uczestnictwa w życiu publicznym. W Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych wyartykułowana jest zasada niedyskryminacji oraz prawo do samodzielnego i aktywnego życia osób, których sprawność fizyczna lub psychiczna utrudnia lub uniemożliwia naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych. Ma to nie tylko aspekt społeczny, ale celem jest niwelowanie rzeczywistych barier, jakie w codziennym życiu napotykają osoby niepełnosprawne.

Sejm uchwalając Kartę stwierdził, że prawa w niej zawarte wynikają z Konstytucji RP, Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Konwencji Praw Dziecka, Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych czyli aktów prawa międzynarodowego i wewnętrznego.

Szczegółowe rozwiązania systemowe i prawne w tym obszarze zawiera ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. W ustawie tej zawarte są zasady orzekania o niepełnosprawności. Definiuje ona również rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych. Na mocy tej ustawy funkcjonuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – państwowy fundusz celowy, który powstaje ze składek pracodawców nie zatrudniających w swoim zakładzie pracy odpowiedniego określonego ustawą odsetka osób niepełnosprawnych. Ze środków PFRON mogą być finansowane w części lub całości różne działania na rzecz osób niepełnosprawnych. Zadania i organizacja służb działających na rzecz osób niepełnosprawnych wynikające z ustawy koordynuje Pełnomocnik do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy pomocy Biura Pełnomocnika do spraw Osób Niepełnosprawnych, wyodrębnionej komórki organizacyjnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Również właściwe organy administracji rządowej i organy jednostek samorządu terytorialnego realizują zadania wynikające z tej ustawy, m.in. poprzez ustawowe ulgi i uprawnienia dla osób niepełnosprawnych. Szczegółowe informacje na ten temat można uzyskać na stronach internetowych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej lub organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność stanowi coraz większy problem ogólnospołeczny nie tylko w naszym kraju ale także na całym świecie.

Osobą niepełnosprawną i niesamodzielną może stać się każdy niezależnie od wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej czy miejsca zamieszkania [prof. A.Wilmowska-Pietruszyńska].

## 2.2. Międzynarodowe klasyfikacje chorób i niepełnosprawności <sup>32</sup>

W międzynarodowych klasyfikacjach WHO stany chorobowe (choroby, zaburzenia, urazy itp.) są sklasyfikowane głównie w Międzynarodowej klasyfikacji statystycznej chorób i związanych z nimi problemów zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* - wydanie X poprawione). Wywodzi się ona z międzynarodowej listy przyczyn zgonów. Stosuje się w niej podejście etiologiczne. Natomiast opracowanie dotyczące następstw chorób i urazów WHO po raz pierwszy przedstawiła w 1972 r. W opracowaniu tym przedstawiono funkcjonalne i społeczne konsekwencje uszkodzeń, upośledzeń w następstwie choroby czy urazu. Dokonano również próby wstępnego usystematyzowania terminologii służącej opisowi następstw choroby. W 1974 r. zaprezentowano osobną klasyfikację upośledzeń funkcjonalnych będących następstwami chorób. W maju 1976 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję WHA 29.35, w której zaleciło opublikowanie w celu przetestowania uzupełniającej klasyfikacji upośledzeń i inwalidztwa. W 1980 r. opublikowano 1 wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* - ICIDH), która była suplementem do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. W 1993 r. rozpoczęto prace nad rewizją ICIDH mające na celu jej uproszczenie, tak aby osoby stosujące ją w praktyce postrzegały ją jako logiczny opis następstw stanów chorobowych, a także upraktycznienie – np. w identyfikacji potrzeb opieki zdrowotnej i dostosowaniu programów profilaktycznych, rehabilitacyjnych i działań w zakresie zabezpieczenia społecznego. W pracach tych brały udział centra współpracujące z WHO we Francji w zakresie upośledzeń języka, mowy i narządów zmysłów; w Holandii w zakresie niepełnosprawności ruchowej, w Ameryce Północnej w części dotyczącej inwalidztwa. Zbiorną wersję roboczą przedstawiono na spotkaniu rewizyjnym ICIDH-Z w 1996 r. w Genewie. Następnie wersja ta była uzupełniana i przeprowadzono pilotaż. Głównym celem procesu rewizyjnego było także opracowanie materiałów szkoleniowych i prezentujących klasyfikację. W 1999 r. opublikowano wersję Beta 2 i przeprowadzono badania terenowe w latach 1999-2000 w ponad 50 krajach członkowskich WHO w których uczestniczyli przedstawiciele ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych, organizacji pracowniczych, szkolnictwa

---

<sup>32</sup> A. Wilmowska-Pietruszyńska: Niepełnosprawność, Opracowanie na potrzeby Rady Osób Niesamodzielnich przy Ministrze Zdrowia, Warszawa 2008

i innych grup zajmujących się klasyfikowaniem stanów chorobowych stosując jednocześnie Międzynarodową Klasyfikację Chorób, Międzynarodową Klasyfikację Pielęgniarską oraz Międzynarodową Standardową Klasyfikację Szkolnictwa. Na podstawie przeprowadzonych badań oraz konsultacji z Komitetem Ekspertów WHO do Spraw Pomiarów i Klasyfikacji opracowano wersję roboczą ICIDH-2. Przedstawiono ją na spotkaniu rewizyjnym w listopadzie 2000 r. Po uwzględnieniu zaleceń ze spotkania rewizyjnego ostateczną wersję ICIDH-2 przedstawiono na 54 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, które w rezolucji WHA 54. 21 z 22 maja 2001 przyjęło drugą rewizję Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICIDH) jako Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) w skrócie ICF i zaleciło Państwom Członkowskim stosowanie ICF jako odpowiedniej klasyfikacji w badaniach naukowych, procesach nadzoru i sprawozdawczości. ICF jest jedynym tego rodzaju narzędziem przyjętym w skali międzynarodowej. Ma ona na celu uzyskanie lepszych informacji na temat niepełnosprawności i funkcjonowania człowieka. Łączy ona ze sobą model biologiczny i społeczny niepełnosprawności, a więc kładzie nacisk na większą integrację osób niepełnosprawnych w celu przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu. WHO obecnie jest w trakcie opracowywania narzędzi oceniających powiązanych z klasyfikacją ICF a mianowicie wersji skróconej do celów przesiewowych, wersji do codziennego użytku przez pracowników ochrony zdrowia i wersji pełnej do badań naukowych. WHO czyni wysiłki aby ICF był zgodny z działaniami normalizacyjnymi prowadzonymi przez Międzynarodową Organizację Standaryzacji (ISO). W procesie przygotowywania poprawionej wersji klasyfikacji funkcjonowania i niepełnosprawności (ICF) uczestniczyły również osoby niepełnosprawne i zrzeszające ich organizacje. Jest to szczególnie istotne gdyż w założeniu klasyfikacja ICF powinna służyć jako podstawa zarówno do oceny jak i pomiaru niepełnosprawności dla celów badań naukowych, klinicznych, administracyjnych i polityki społecznej.

ICF nie jest klasyfikacją ludzi. Natomiast jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska. Klasyfikacja ta może pomagać w ustaleniu przyczyn niepełnosprawności, a zatem przy jej pomocy można prowadzić odpowiednie działania i pomiary ich wpływu na poziom uczestniczenia osób niepełnosprawnych. ICD i ICF uzupełniają się wzajemnie. ICD jest klasyfikacją chorób

a ICF – klasyfikacją następstw chorób. Wskazane jest łącznie stosowanie ICD-10 i ICF gdyż łączna informacja dotycząca rozpoznania choroby i funkcjonowania daje szerszy obraz przedstawiający zarówno zdrowie poszczególnych osób jak i całej populacji. Klasyfikacje te są narzędziem opisującym i porównującym zdrowie populacji na poziomie międzynarodowym.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) stanowi, że człowiek jest istotą biologiczną. Organizm człowieka ma określoną strukturę i wypełnia określone funkcje, działania i uczestniczy w życiu społecznym. W ICF przedstawiono upośledzenia funkcjonalne w następstwie chorób lub urazów. Klasyfikacja ICF obejmuje trzy płaszczyzny.

Pierwsza płaszczyzna dotyczy uszkodzenia budowy anatomicznej i funkcjonowania organizmu czyli wymiaru biologicznego. Uszkodzenie stanowi podstawę do określenia ograniczenia działania i uczestnictwa.

Druga płaszczyzna obejmuje aktywność jednostki, poziom jej funkcjonowania oraz uczestnictwo w życiu społecznym i relacje ze społeczeństwem.

Trzecia płaszczyzna obejmuje zależność między jednostką a otoczeniem (środowiskiem) – określa utrudnienia ograniczające uczestnictwo, ich rozmiar, a także możliwość ułatwień.

Klasyfikacja ICF składa się z 2 części z których każda jest podzielona na 2 grupy:

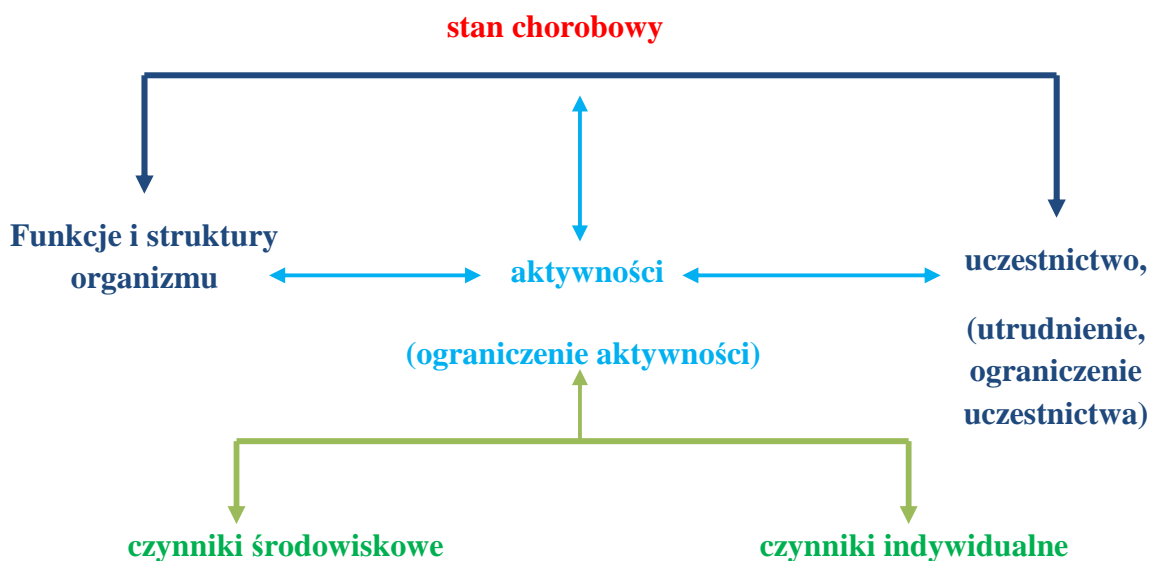
#### Część I. Funkcjonowanie i Niepełnosprawność

1. Funkcje i struktury (budowa) organizmu
2. Aktywność (działanie) i uczestnictwo

#### Część II. Czynniki kontekstowe

1. Czynniki środowiskowe
2. Czynniki indywidualne

Rycina 4. Schemat zależności między poszczególnymi elementami ICF



Źródło: ICF

Jest to model interakcyjny. Przedstawia on zależności między stanem zdrowia jednostki, a czynnikami środowiskowymi i indywidualnymi. Czynniki te mogą wpływać wzajemnie na siebie i mogą prowadzić do uszkodzenia, ograniczenia aktywności (działania) i/lub utrudnienia i ograniczenia uczestnictwa.

W klasyfikacji funkcji i struktury organizmu ludzkiego wyróżnia się dwie podgrupy:

I. Funkcje organizmu, obejmujące 8 grup, a mianowicie funkcje:

- 1) psychiczne,
- 2) narządów zmysłów,
- 3) głosu i mowy,
- 4) układu sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego, immunologicznego i oddechowego,
- 5) układu pokarmowego, metaboliczne i endokrynologiczne,
- 6) układu moczowo-płciowego,
- 7) nerwowo-mięśniowo-szkieletowe,
- 8) skóry i inne z nią związane.



II. Struktury organizmu obejmujące 8 grup narządów i układów wykonujących wyżej wymienione funkcje, a więc układ nerwowy, narząd wzroku, narząd słuchu, narząd mowy, narządu ruchu itp.

Uszkodzenie to brak lub deformacja anatomicznej struktury organizmu a także brak lub zaburzenie prawidłowości przebiegu fizjologicznych funkcji organizmu (z włączeniem funkcji umysłowych).

Każda z funkcji organizmu może być zaburzona, ograniczona lub całkowicie zniesiona. Tak jak i każdy z narządów i układów organizmu może być częściowo lub całkowicie (brak) uszkodzony na skutek choroby, wady wrodzonej lub urazu.

Stopień uszkodzenia funkcji i struktury organizmu człowieka oceniają lekarze.

Aktywność i uczestnictwo – czyli „wszystko co człowiek robi”. Polega na wykonywaniu szeregu zamierzonych i celowych czynności w wyniku których oczekuje się określonych rezultatów. Klasyfikacja działań i uczestnictwa obejmuje wszystkie obszary życia od podstawowego poznania i obserwacji do działań złożonych jak np. działania społeczne czyli:

- uczenie się i praktyczne stosowanie zdobytej wiedzy,
- wykonywanie ogólnych zadań,
- porozumiewanie się,
- wykonywanie czynności ruchowych,
- wykonywanie czynności dnia codziennego,
- prowadzenie gospodarstwa domowego.
- wzajemne kontakty i związki międzyludzkie,
- główne obszary życia,
- życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska.

Aspekty negatywne tego wymiaru - to ograniczenie działania i uczestnictwa mogące dotyczyć określonego rodzaju działań i uczestnictwa oraz czasu trwania ograniczenia. Czyli są to „trudności jakie może mieć jednostka wykonując działania, a także problemy jakich doświadcza podczas angażowania się w życiowe sytuacje”. Stosuje się tu dwa kwalifikatory – wykonywanie (np. zaangażowanie w sytuacje życiowe) oraz zdolności czyli możliwości wykonywania przez osobę zadania

lub podejmowania działań czyli odzwierciedla możliwości tej osoby dostosowane do środowiska w którym żyje.

Czynniki środowiskowe to czynniki ułatwiające lub utrudniające poziom i zakres funkcjonowania i uczestnictwa czyli:

- produkty i technologie,
- środowisko naturalne i zmiany w środowisku dokonane przez człowieka,
- wsparcie, pielęgnacja i pomoc,
- postawy osób z otoczenia osoby, której sytuacja jest opisywana,
- usługi, systemy i polityka.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania (ICF) niepełnosprawność jest zjawiskiem wielowymiarowym i wieloaspektowym. Potrzeba opracowania Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności wynikała ze zmian zapotrzebowania na opiekę medyczną (obecnie w opiece medycznej uwaga koncentruje się na stanach ostrych i chorobach zakaźnych a nie na chorobach przewlekłych) a także konieczności sklasyfikowania następstw chorób (stworzenie międzynarodowego „wspólnego języka” dotyczącego skutków chorób) dla zaspokojenia potrzeb ludzi niepełnosprawnych. Samo rozpoznanie choroby nie pozwala przewidywać zapotrzebowania na usługi medyczne, czasu trwania hospitalizacji, wyników leczenia, poziomu funkcjonowania w pracy (powrót do pracy), możliwości otrzymania świadczeń z tytułu niepełnosprawności, integracji społecznej (ponowne włączenie się w życie społeczne). Jeżeli jednak oprócz diagnozy bierze się pod uwagę dane dotyczące funkcjonowania i niepełnosprawności zwiększają się możliwości przewidywania i określania skutków i potrzeb osób niepełnosprawnych.

Tak więc ICF stara się ocenić funkcjonowanie i niepełnosprawność. Może więc być narzędziem nie tylko statystycznym, ale także klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym a także narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Wilmonska-Pietruszyńska A.: Niepełnosprawność, opracowanie przygotowane na potrzeby Rady Osób Niesamodzielnich przy Ministrze Zdrowia. Warszawa 2008

## 2.3. Przegląd wybranych teorii pielęgnowania

Koszty, jakie musi ponosić społeczeństwo by zapewnić egzystencję coraz większej grupie ludzi niesamodzielnym, są ogromne. Ponieważ skuteczne i efektywne niesienie pomocy jest, z uwagi na liczbę potrzebujących, trudne do zrealizowania, profesjonaliści poszukują idealnego modelu opieki. Trudność polega na tym, że model ten musi uwzględniać humanizm, ekonomię i aktualne uwarunkowania społeczne.

W efekcie pojawiło się wiele koncepcji opieki (teorii pielęgnowania), które mniej lub bardziej wykorzystywano w pielęgniarstwie praktyce.

Od XIX wieku do dzisiejszych czasów sformułowano ponad 30 teorii pielęgnowania. Większość z nich powstała w USA i Anglii. Kilka z tych koncepcji zdobyło większy rozgłos w kręgach zawodowo zajmujących się tą problematyką. Pozostałe znane są tylko nielicznym teoretykom pielęgniarstwa. Już od pierwszej teorii pielęgnowania – Florencji Nightingale, koncepcje pielęgnowania budowane są wokół pojęć: człowiek, środowisko, zdrowie, pielęgniarstwo. Istnieją różne systemy klasyfikacji, według których można skategoryzować teorie pielęgnacji. Niezależnie od chronologii ich powstania, wszystkie koncepcje pielęgnacji można podzielić na 3 duże grupy, w których główny nacisk położony jest na:

- 1) teorie potrzeb, potrzeby osób pielęgnowanych – Nancy Roper, Dorota Orem, Virginia Henderson, Monika Krohwinkel,
- 2) teorie interakcji, wzajemne oddziaływanie na siebie osób pielęgnujących i pielęgnowanych – Ida Jean Orlando, Hildegard Peplau, Imogene King
- 3) teorie zorientowane na wynik, efekt, założony i osiągnięty w wyniku pielęgnacji - Callista Roy, Martha Elisabeth Rogers, Dorothy Z. Johnson.

Jedyny model, który nie został opracowany z myślą o pielęgniarstwie – a odnosił się do opiekunów osób starszych – to koncepcja opracowana przez Związek Zawodowy Opiekunów Osób Starszych (Niemcy 1992 r.).

Wspólne dla tych teorii jest to, że uważają one pielęgnację za związek działań i interakcji skierowanych na pacjenta/osobę wymagającą opieki. Wada tych teorii polega na tym, że nie zawsze bezpośrednio i bez problemu nadają się do wykorzystania w praktyce pielęgniarstwie. Aktualnie w USA i w Niemczech coraz silniej dyskutuje się tzw. teorie pielęgnacji od średniego do krótkiego zasięgu. Naświetlają one specjalne sytuacje oraz zależności pielęgnacyjne i dostarczają wyniki badań, które mają bezpośrednie znaczenie dla praktyki pielęgniarstwie (np. pielęgnacja w przypadku demencji). Wprawdzie teorie te –

jak już sama nazwa mówi – nie mogą rościć sobie prawa do uniwersalności, jednak przy ich pomocy można opracowywać zagadnienia z praktyki i znajdować podstawy rozwiązań dla ściśle określonych sytuacji. Przykładami teorii pielęgniarstwa od średniego do krótkiego zasięgu są „*Illness-Constellation-Modell*” Morse’a i Johnson’a i stworzona przez Boscha teoria o „świecie życia demencyjnych starych ludzi”.

To, jakie rozważania z zakresu teorii pielęgnacji posłużą za podstawę koncepcji pielęgnacji uznaną w danym kraju zależy od wielu czynników. Zważywszy na różnorodność potrzeb i konieczność indywidualnego podejścia do ich zaspokojenia, do stworzenia koncepcji pielęgnacji mogą zostać wykorzystane teorie wszystkich zakresów. Możliwe jest także kształtowanie koncepcji pielęgnacji na bazie kombinacji elementów kilku teorii pielęgnacji. Przykładem jest szeroko rozpowszechniony w Niemczech „model wspierającej pielęgnacji procesowej” Moniki Krohwinkel. Model ten obejmuje m.in. strukturalny model „działań i doświadczeń egzystencjalnych codziennego życia (AEDL)”.<sup>34</sup> Chodzi przy tym o to, aby koncepcja pielęgnacji była logiczna i możliwa do zastosowania w organizacji pielęgnacji, w realizacji procesów pielęgnacyjnych oraz w systemie dokumentowania pielęgnacji.<sup>35</sup>

W praktyce, realizacja koncepcji pielęgnacji bazujących na rozważaniach z zakresu teorii pielęgnacji może powieść się tylko w procesie zawodowego samorozumienia pracowników świadczących opiekę i ugruntowania takiego rozumienia pielęgnacji przez personel pielęgnacyjny, z którego korzyści mają czerpać przede wszystkim osoby wymagające opieki. W koncepcji pielęgnacji powinny być zawarte informacje na temat tego, według jakiego systemu jest zorganizowana pielęgnacja. Systemy pielęgnacji mogą być zróżnicowane według zasady opieki interakcyjnej lub opieki funkcjonalnej. W polskim systemie ochrony zdrowia, nietrudno zauważyć, że personel pielęgniarstwa i opiekuńczy, najczęściej pracuje bez koncepcji pielęgnacji, co wpływa na brak właściwej struktury i produkcję nieefektywnych „pustych przebiegów”. Podstawowym celem i zakresem aktywności zawodowej polskich pielęgniarek jest aktywne uczestniczenie w procesie diagnozy i leczenia, a priorytetem wykonywanie zleceń lekarskich.

---

<sup>34</sup> Löser AP: Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel. Schlütersche, Hannover 2004.

<sup>35</sup> Volker H – praca zbiorowa: Podstawy kontroli jakości MDK w opiece ambulatoryjnej, Medyczna służba związków nadrzędnych kas chorych stow. zarej. (MDS), Essen 2005

### **2.3.1. Koncepcja wspierającego procesu pielęgnacji Moniki Krohwinkel**

Teoria pielęgnacji Moniki Krohwinkel [14] to tzw. system wspierającego procesu pielęgnacji. Opiera się ona na osiągnięciach psychologii humanistycznej. M. Krohwinkel wykorzystwała w swojej teorii wyniki badań psychologicznych Abrahama Masłowa (1908-1970) i jego „piramidę potrzeb ludzkich”, elementy teorii samopielęgnacji Doroty Orem oraz elementy teorii Nancy Roper, która wprowadziła do teorii pielęgnacji pojęcie podstawowych aktywności życiowych. Odnosząc się do teorii N. Roper, która za główny cel pielęgnacji uznała realizację 12 podstawowych aktywności życiowych, M. Krohwinkel w swojej koncepcji ujęła 11 z pośród nich, i uzupełniła je dwoma nowymi aspektami natury socjalno-psychologicznej: aktywnością społeczną i egzystencjalnymi doświadczeniami życia. Koncepcja M. Krohwinkel w skrócie nazywana jest teorią AEDL – są to pierwsze litery od niemieckich słów oznaczających codzienne aktywności, aktywność społeczną i egzystencjalne doświadczenia życia.

Dokonując dużego uproszczenia, można opisać tę koncepcję pielęgnowania jako opiekę ukierunkowaną na podtrzymanie aktywności dnia codziennego, odnoszącą się do podstawowych codziennych czynności takich jak jedzenie, picie, higiena ciała, wydalanie itp. oraz dodatkowo do aktywności społecznej np. więzi rodzinnych, kontaktów sąsiedzkich i doświadczeń egzystencjalnych, takich jak cierpienie, samotność, umieranie.

### **2.3.2. Teoria samoopieki, deficytu opieki i systemów pielęgnowania Dorothy Orem**

Człowiek posiada naturalną skłonność do zapewniania opieki sobie samemu, oraz opiekowania się osobami od niego zależnymi. Samoopieka jest to wyuczona aktywność, którą człowiek podejmuje i kontynuuje w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Indywidualna zdolność do samoopieki, podobnie jak zapotrzebowanie na opiekę zmienia się i zależy od wielu czynników, takich jak: wiek, płeć, etap rozwojowy, stan zdrowia, orientacja socjokulturowa, sytuacja rodzinna, styl życia, czynniki środowiskowe i dostępność do źródeł pomocy. W prawidłowych warunkach człowiek podejmuje z własnej woli samoopiekę, nabywając w ciągu życia określoną wiedzę i umiejętności pozwalające mu na jej realizowanie. Samoopieka jest

zapewniania przez realizowanie określonych potrzeb, szczególnie potrzeb uniwersalnych np. potrzeba jedzenia, wydalania, poruszania się, rozwoju. Brak równowagi między zapotrzebowaniem na opiekę i zdolnością do samoopieki prowadzi do wystąpienia deficytu samoopieki. Deficyt samoopieki oznacza niesamodzielność. Teoria deficytu samoopieki określa, kiedy jest potrzebna pomoc pielęgniarki. Taka sytuacja ma miejsce, gdy występuje ograniczenie lub niezdolność do samoopieki oraz w sytuacjach zaburzeń stanu zdrowia, gdy występuje zwiększone zapotrzebowanie na opiekę. W sytuacji wystąpienia deficytu osoba niesamodzielna staje się biorcą opieki, a rolą opiekuna, pielęgniarki jest pomaganie jej w samoopiece poprzez całkowite lub częściowe kompensowanie istniejących ograniczeń, wspieranie lub uczenie.

D. Orem ujęła pielęgnowanie w trzy systemy: całkowicie kompensacyjny, częściowo kompensacyjny, wspierająco-edukacyjny. Wyróżnia ona trzy kategorie potrzeb: uniwersalne, rozwojowe oraz w zaburzeniach stanu zdrowia. Według Orem, potrzeby uniwersalne dotyczą codziennej aktywności wszystkich ludzi i są to:

- 1) zapewnienie wystarczającej ilości powietrza,
- 2) zapewnienie odpowiedniej ilości płynów,
- 3) prawidłowe odżywianie i wydalanie,
- 4) utrzymanie równowagi między aktywnością a wypoczynkiem,
- 5) utrzymanie równowagi pomiędzy samotnością a interakcjami społecznymi,
- 6) zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu, zdrowiu i dobremu samopoczuciu,
- 7) dążenie do własnego rozwoju w harmonii z indywidualnymi i potencjalnymi możliwościami,

potrzeby rozwojowe - potrzeby i sposób ich zaspokojenia zmieniają się w zależności od etapu rozwojowego człowieka,

potrzeby pojawiające się w sytuacji zaburzeń stanu zdrowia, to:

- 1) poszukiwanie i zabezpieczenie pomocy medycznej, w przypadku ryzyka wystąpienia stanów patologicznych,
- 2) świadomość następstw stanów patologicznych i ich wpływu na rozwój człowieka,
- 3) konieczność przestrzegania zaleceń związanych z leczeniem i rehabilitacją,
- 4) świadomość i konieczność niwelowania następstw leczenia,
- 5) modyfikowanie koncepcji własnej osoby, akceptacja faktu zależności od innych osób,
- 6) uczenie się życia z następstwami choroby, konieczność zmiany stylu życia [22].

### 2.3.3. Model adaptacyjny Callisty Roy

Callista Roy ujmuje osobę w sposób holistyczny. Model adaptacyjny zakłada, że człowiek pozostaje w ciągłej interakcji ze środowiskiem i aby w nim przetrwać musi się stale dostosowywać do zmian zachodzących w środowisku. Pod wpływem bodźców środowiskowych uruchamia różne mechanizmy obronne, z których jedne są wrodzone a inne wyuczone w trakcie rozwoju. Efektywność tych mechanizmów decyduje o adaptacji. Adaptacja to kluczowe pojęcie modelu C. Roy, które jest tu definiowane jako proces i jako stan. Proces adaptacji polega na ciągłym podejmowaniu działań w celu utrzymania równowagi i przebiega według schematu:

- 1) zadziałanie bodźca,
- 2) uruchomienie mechanizmów obronnych,
- 3) wywołanie określonych zachowań.

Adaptacja jest to stan, który oznacza pozostawanie w równowadze ze środowiskiem. Adaptacja jest procesem pozytywnym i twórczym, gdyż człowiek rozwija się dzięki konieczności ciągłego dokonywania zmian i przystosowywania się.

Adaptacja powinna przebiegać w czterech płaszczyznach:

- 1) fizjologicznej, (prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych układów i narządów)
- 2) koncepcji własnej osoby, (wyobrażenie na temat własnego ciała, dążeń, racjonalnego działania w kierunku utrzymania równowagi, system wartości, wierzenia, samoocena)
- 3) pełnionych ról społecznych,
- 4) tzw. współzależności, czyli relacji z innymi ludźmi (zaspokojenie potrzeb emocjonalnych człowieka).

Celem pielęgnowania jest pomaganie osobie, w osiągnięciu lub utrzymaniu zdrowia poprzez uzyskanie możliwie pełnej adaptacji do środowiska. Pielęgniarka podejmuje działania, które są zorientowane na wspólne z pacjentem wypracowanie efektywnych zachowań sprzyjających adaptacji i eliminowaniu zachowań nieskutecznych, zarówno w zdrowiu jak i w chorobie. Niekiedy interwencje pielęgniarki obejmują eliminowanie niekorzystnych bodźców oddziałujących na człowieka.

W procesie pielęgnowania C. Roy wyróżnia sześć etapów:

- 1) ocena zachowań człowieka, które powstają w wyniku uruchomienia mechanizmów obronnych,
- 2) ocena działających bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, które wywołały określone zachowania,
- 3) postawienie diagnozy pielęgniarstwa,
- 4) wyznaczenie celów,
- 5) planowanie – wspólne z pacjentem określenie sposobów radzenia sobie z działającymi bodźcami,
- 6) ocena końcowa – porównanie osiągniętych zachowań z założonym poziomem adaptacji

Model C. Roy znalazł zastosowanie w praktyce, głównie w opiece nad przewlekle chorymi, gdyż choroba przewlekła często skutkuje utratą sprawności i niesamodzielnością. Dotyka to trwale nie tylko sfery biologicznej człowieka ale wymaga także zmiany obrazu samego siebie i wpływa na zmianę ról społecznych oraz relacji międzyludzkich.<sup>36</sup>

#### **2.3.4. Koncepcja pielęgnowania według Virgini Henderson**

Virginia Henderson, nie pomijając kontekstu biologicznego, psychologicznego, społecznego i duchowego, wyodrębniła 14 podstawowych dla człowieka aktywności:

- 1) oddychanie,
- 2) odżywianie,
- 3) wydalanie,
- 4) poruszanie się i utrzymanie pożądanej pozycji ciała,
- 5) sen i wypoczynek,
- 6) ubieranie i rozbieranie się, odpowiednio do potrzeb,
- 7) utrzymywanie prawidłowej temperatury ciała,
- 8) higiena ciała,
- 9) świadomość zagrożeń środowiskowych,
- 10) komunikowanie się z innymi: wyrażanie siebie,

---

<sup>36</sup> Roy C: Roy Adaptation Model. [w:] George JB: Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice. Prentice Hall 2002.



- 11) praktykowanie swojego wyznania religijnego,
- 12) aktywność zawodowa,
- 13) aktywne i satysfakcjonujące wypełnianie czasu wolnego,
- 14) uczenie się i samorealizacja.

Celem opieki pielęgniarstwa jest pomoc ludziom w odzyskaniu niezależności w ww. aktywnościach, tak szybko, jak to jest możliwe. Według Henderson, opieka pielęgniarstwa jest potrzebna, gdy osoba nie jest w stanie we własnym zakresie i samodzielnie zaspokajać swoje potrzeby tak aby utrzymać albo poprawić stan zdrowia, szczególnie w czasie choroby lub w schyłkowej fazie życia. Wśród czynników ograniczających samodzielność człowieka poza stanem zdrowia autorka wyróżnia wiek, możliwości fizyczne i intelektualne, temperament i stan emocjonalny. Pielęgniarka ocenia stan pacjenta w odniesieniu do każdej z 14 potrzeb. W ocenie uwzględnia aspekt obiektywny i subiektywny.

V. Henderson w swojej koncepcji dużą wagę przywiązuje do procesu pielęgnowania, dzieląc go na kilka etapów:

1. Ocena funkcjonowania pacjenta - pielęgniarka wraz z pacjentem i osobami uczestniczącymi w opiece ( np. rodzina) omawia każdą z potrzeb i możliwość chorego w samodzielnym jej zaspokajaniu oraz ustala przyczyny ograniczające samodzielność. Sprawdza czy przyczyny są natury fizjologicznej, środowiskowej, emocjonalnej czy duchowej.
2. Planowanie i ustalanie celów opieki - skoncentrowane jest na pacjencie, a zależy od zdolności empatycznych pielęgniarki. W zależności od sytuacji, pielęgniarka ustala cele krótko, średnio i długoterminowe. Opieka pielęgniarstwa powinna być adekwatna do zaordynowanego leczenia oraz zabiegów terapeutycznych wykonywanych przez wykwalifikowany personel medyczny, np. przez fizjoterapeutę. W planie opieki pielęgniarstwa powinny znajdować się zarówno czynności ustalone przez pielęgniarkę jak też wynikające z karty zleceń lekarskich.
3. Wdrażanie planu opieki - większość interwencji terapeutycznych, wynikających ze sprawowania opieki przy wykorzystaniu modelu Henderson, ma na celu zastąpienie tego, czego brakuje pacjentowi w związku z zaspokajaniem potrzeb. Można zidentyfikować trzy typy interwencji: zastępowanie pacjenta, pomaganie

pacjentowi, bycie jego partnerem. W modelu Henderson, podejmowane działania wobec pacjenta powinny być indywidualnie dobierane, biorąc pod uwagę unikalne aspekty fizjologicznego, psychologicznego i społecznego dobrostanu pacjenta.

4. Ocena, ewaluacja - ocena bieżąca powinna koncentrować się na tym, do jakiego stopnia cele ustalone między pacjentem i pielęgniarzką zostały osiągnięte. Ewaluacja polega na zbadaniu do jakiego stopnia po wykonanej interwencji pacjent uzyskał umiejętność samodzielnego zaspokajania potrzeb. Końcowa ocena powinna określić, w jakim stopniu pacjent jest w stanie funkcjonować niezależnie, po interwencji pielęgniarzkiej/ opiekuna medycznego.

Ponieważ koncepcja ta odwołuje się do podstawowych potrzeb życiowych człowieka, może być wykorzystana w realizacji świadczeń innych profesjonalistów zajmujących chorym, niepełnosprawnym człowiekiem.<sup>37</sup>

V. Henderson opracowała poniższą definicję pojęcia pielęgnowanie, która została przyjęta przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek/ ICN/

„Unikalną funkcją pielęgniarzki jest pomoc chorej lub zdrowej jednostce w wykonywaniu tych czynności przyczyniających się do utrzymania bądź poprawy stanu zdrowia (lub spokojnej śmierci), które wykonywałaby ona samodzielnie, gdyby miała potrzebną siłę, wolę lub wiedzę. I robić to w taki sposób, żeby pomóc jej odzyskać niezależność jak najszybciej jest to możliwe.”

---

<sup>37</sup> Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K: Podstawy pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2004. str. 134-162

## 2.4. Potrzeby człowieka i ich zaspokajanie

Problematyka potrzeb ludzkich, podobnie jak w wielu innych dziedzinach życia, także w pielęgnacji może być punktem wyjścia do rozważań teoretycznych i rozwiązań praktycznych. Trzeba tu uwzględnić zarówno ujęcie psychologiczne, gdzie problematyka potrzeb jest uznawana za podstawę teorii motywacji, jak również ujęcie fizjologiczne i medyczne.

Długotrwała opieka nad osobą chorą i niezdolną do samodzielnej egzystencji jest typowym problemem interdyscyplinarnym i powinna się cechować kompleksowym podejściem do problematyki potrzeb wyłącznie z punktu widzenia i doświadczeń człowieka niesamodzielnego. W opiece długoterminowej działania zespołu terapeutycznego, dążącego do zaspokojenia potrzeb pacjenta/podopiecznego, powinno cechować podejście holistyczne, jednocześnie biocentryczne (przetrwanie biologiczne), socjocentryczne (człowiek w zbiorowości) i psychocentryczne (motywacja).<sup>38</sup>

Opieka długoterminowa jest dziedziną, w której można zastosować taki system opisu, by wychodząc z analizy podstawowych potrzeb na poziomie indywidualnym, przejść na poziom zbiorowości i opisać potrzeby społeczeństwa, tworząc w ten sposób założenia do polityki społecznej, regionalnej i krajowej.

Człowiek jest wyposażony w mechanizmy, które utrzymują go w równowadze zarówno wewnętrznej (organizm) jak i zewnętrznej (środowisko). Ważną rolę pośredniczącą w utrzymaniu równowagi odgrywają procesy emocjonalne. Procesy emocjonalnie mają wpływ na poziom energii jaką organizm zmobilizuje w danym momencie, oraz na to czy energia ta będzie zużyta na zachowanie stanu rzeczy, który ją wyzwalał, bądź na likwidację tego stanu rzeczy.

Profesjoniści, niosący pomoc osobom niepełnosprawnym w realizacji ich potrzeb, muszą być świadomi zachodzących w człowieku procesów emocjonalnych i ich znaczenia dla skuteczności podjętych działań opiekuńczych i terapeutycznych.

Podstawową cechą charakterystyczną emocji jest zmiana (na ogół wzrost) ogólnego pobudzenia, która wiąże się ze wzrostem poziomu aktywacji np. wzrost napięcia mięśniowego.

Emocje mogą występować w dwóch głównych formach:

- ujemnej (cierpienie, przykrość, niezadowolenie) oraz

---

<sup>38</sup> Kocowski T: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1978, str. 11-15; 118-122.

- dodatniej (rozkosz, przyjemność, zadowolenie).

Niektóre emocje wywołują tendencje do reagowania w określonym kierunku, są to: ciekawość, strach, gniew, wstręt, nadzieja. Z tymi emocjami najczęściej styka się pielęgniarka i opiekunka. Emocje bardzo silne, które charakteryzują się wysokim stopniem pobudzenia i mają gwałtowny przebieg, nazywane są afektami. Emocje powstają pod wpływem bodźców zmysłowych oraz bodźców pochodzących z narządów wewnętrznych. Każde podrażnienie zmysłowe wywołuje emocje. Niektóre bodźce mają naturalną zdolność wywoływania emocji ujemnych (np. ukłucie, oparzenie), niektóre zaś – emocji dodatnich (pewne barwy, smaki, zapachy). Wrażliwość na bodźce emocjonalne może zależeć od czynników wewnętrznych, np. wrażliwość na zagrożenie wzrasta u człowieka zmęczonego, głodnego, chorego, jeżeli głód, zmęczenie, choroba nie trwały zbyt długo, a także od sytuacji, np. w miarę zbliżania się wydarzeń mających krytyczne znaczenie dla jednostki np. dzień operacji. Odgrywają tu rolę także pewne cechy osobowości, np. poziom samooceny, ogólne poczucie bezpieczeństwa.

Sytuacja, którą postrzega się jako zagrożenie może wywołać jedną z trzech głównych reakcji emocjonalnych: strach, gniew, przygnębienie.

U człowieka wytwarzają się oczekiwania co do mających nastąpić zdarzeń oraz co do wyników własnej aktywności, czynności, czyli wytwarzają się określone nastawienia. Rozbieżność między oczekiwaniem a rzeczywistością jest źródłem emocji. Natężenie i znak emocji zależy od stopnia rozbieżności. Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu wywołuje emocje dodatnie, nie osiągnięcie – ujemne. Natężenie tych emocji zależy od stopnia niepewności co do możliwości osiągnięcia wyniku oraz co do jego osiągniętej wartości. W przypadku niepowodzenia im większa była na początku pewność i oczekiwanie, tym silniejsza występuje emocja ujemna w przypadku poniesienia porażki. Niemożność osiągnięcia założonego wyniku wywołuje emocje negatywne – złość, wściekłość. Przewlekły stan złości lub niezadowolenia bywa konsekwencją niemożności realizacji tego co się zamierzało, wskutek braku umiejętności bądź wskutek przeżywania konfliktu wewnętrznego.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Tomaszewski T. i in.: Psychologia, PWN Warszawa 1975.

### 2.4.1. Proces motywacyjny

Zachowanie, które dochodzi do skutku pod wpływem emocji, ma w zasadzie, charakter reaktywny, tak więc zachowanie emocjonalne jest reakcją na zaistniały bodziec emocjonalny. Ludzie, w znacznie wyższym stopniu niż zwierzęta, dysponują mechanizmem, który zapewnia coś więcej niż bezpośrednią reakcję na działające bodźce i organizuje zachowanie jednostki w taki sposób, aby prowadziło ono do osiągnięcia określonych, ważnych dla niej stanów rzeczy. Innymi słowy organizmy wyższe są zdolne do wykonywania czynności, tj. procesów ukierunkowanych na osiąganie wyników, Mechanizmem warunkującym zdolność do takiej regulacji jest mechanizm motywacyjny. Proces motywacyjny rozumiemy tu jako proces regulacji, który pełni funkcję sterowania czynnościami, tak, aby doprowadziły one do osiągnięcia określonego wyniku, którym może być zarówno zmiana zewnętrznego stanu rzeczy, jak zmiana w samym sobie, czy też zmiana własnego położenia. Wynik, którego człowiek jest świadomy, nazywany jest tu celem.

Aby powstał proces motywacyjny, muszą być spełnione dwa podstawowe warunki:

- wynik musi być przez człowieka oceniany jako użyteczny,
- człowiek musi mieć przeświadczenie, że wynik da się w danych warunkach osiągnąć z prawdopodobieństwem wyższym od zera.

Motywacja do podjęcia czynności dla osiągnięcia określonego wyniku (celu) jest funkcją użyteczności tego wyniku oraz subiektywnego prawdopodobieństwa osiągnięcia tego wyniku. Jeżeli użyteczność bądź prawdopodobieństwo są równe zeru, to i motywacja jest równa zeru. Natężenie motywacji zmienia się wraz ze zmianą użyteczności i prawdopodobieństwa. Użyteczność i prawdopodobieństwo są to podstawowe czynniki motywacji, ale nie jedyne. Motywacja może być charakteryzowana przez dwie główne właściwości: kierunek oraz natężenie. Kierunek motywacji charakteryzujemy przez wskazanie wyniku, ku któremu zmierza czynność. Osiągnięcie wyniku powoduje, że natężenie motywacji obniża się lub spada do zera, powoduje też wystąpienie pozytywnych emocji. Natężenie motywacji może być scharakteryzowane za pomocą trzech do pewnego stopnia skorelowanych parametrów, takich jak siła, wielkość, oraz intensywność. Przez siłę procesu motywacyjnego (lub motywu) rozumiemy jego większą lub mniejszą zdolność do wyłączenia konkurencyjnych motywów, innymi słowy jest to stopień, w jakim dany motyw

kontroluje zachowanie. Motyw jest tym silniejszy, im trudniej skłonić człowieka do zmiany kierunku podjętej działalności. Silny motyw może więc zapewnić skuteczną konkurencję z takimi czynnikami, jak: zmęczenie, pokusy, groźby, jest bowiem jednym z warunków odporności na stres psychologiczny i wytrwałości w dążeniu do celów. Motyw jest tym większy im więcej potrzeba by go zaspokoić. Np. wielkość motywu pokarmowego przejawia się w ilości skonsumowanego pokarmu: im większy motyw (głód), tym więcej zostanie zjedzone. Sprawa przedstawia się trudniej gdy chodzi o motywację odnoszącą się do celów niematerialnych, gdyż wielkości tych motywów nie można mierzyć za pomocą jednostek fizycznych. Podstawowym wskaźnikiem jest tu wysokość poziomu aspiracji. Poziom aspiracji wskazuje na to, ile człowiek „pragnie” skonsumować, aby zaspokoić swoje potrzeby, bądź jaki poziom wyniku stara się osiągnąć.

Intensywność – to właściwość, od której zależy poziom mobilizacji organizmu związany z realizacją danego motywu. Zależy od niej ilość zużytej dla osiągnięcia danego celu (wyniku) energii: wzrostowi intensywności motywu odpowiada zwiększenie zdolności do wysiłku, zwiększenie szybkości reakcji i siły reakcji itp. Mobilizacja organizmu wyraża się na zewnątrz w formie podniecenia. Innym ważnym czynnikiem determinującym intensywność motywacji jest sposób jej uruchomienia. Motywacja wywołana przez działanie czynników negatywnych (zagrożenie, ból) łatwiej osiąga dużą intensywność niż motywacja wywołana przez działanie czynników dodatnich, np. wzbudzających zainteresowanie. Tak więc silna motywacja nie musi być zarazem intensywna jeżeli człowiek nie napotyka poważniejszych przeszkód w swoim działaniu lub nie obawia się o jego wynik. Ludzie przejawiający bardzo silne podniecenie w trakcie działania to zwykle tacy ludzie, którzy nie wierzą w swoje siły lub też nie są pewni czy dadzą sobie radę w danych warunkach. Intensywność motywacji zależy również od ogólnej dojrzałości osobowości, jak również wiąże się ona z obiektywną trudnością zadania, ze znaczeniem wyniku dla jednostki, a także z pewnymi cechami temperamentu.<sup>40</sup>

Główne pytanie teorii motywacji dotyczy tego, od czego zależy natężenie i kierunek motywacji, tj. jakie czynniki determinują użyteczność wyniku i prawdopodobieństwo jego osiągnięcia. Określony wynik jest użyteczny, jeśli pośrednio bądź bezpośrednio przyczynia się do redukcji określonego napięcia

---

<sup>40</sup> Tomaszewski T. i in.: Psychologia, PWN Warszawa 1975.

motywacyjnego. Przyczynia się do tego bezpośrednio wtedy, gdy dzięki jego osiągnięciu zostają zaspokojone określone potrzeby, wykonane zadania, usunięte czynniki szkodliwe, lub otrzymane informacje. Pośrednio określony wynik przyczynia się do redukcji napięcia motywacyjnego wtedy, gdy jego osiągnięcie stwarza (lub polepsza) warunki dla uzyskiwania tego rodzaju rezultatów przez dostarczenie odpowiednich narzędzi. Na przykład: bezpośrednią użyteczność ma pożywienie dla człowieka głodnego, spotkanie z bliską osobą dla człowieka spragnionego przyjaznych uczuć, lek przeciwbólowy dla człowieka cierpiącego itp. Natomiast użyteczność pośrednią będą miały naczynia, w których można przyrządzić potrawę, bilet dzięki któremu można pojechać na spotkanie, recepta na wykupienie leku. Użyteczność pośrednią będą miały pieniądze za które można kupić np. naczynia, bilet, lekarstwo. Jeśli cokolwiek (stan rzeczy) ma się stać dla człowieka użyteczne, musi istnieć napięcie, do zredukowania którego ten stan rzeczy może przyczynić się bezpośrednio lub pośrednio, a także człowiek musi zdawać sobie sprawę z tego, że ów stan rzeczy (obiekt, sytuacja) posiada zdolność do redukcji napięcia motywacyjnego. Tę zdolność rzeczy do redukcji napięcia motywacyjnego w psychologii nazywa się jego wartością gratyfikacyjną. Napięcie motywacyjne to specyficzny stan pobudzenia aparatu regulacji wyrażający się w tendencji do podjęcia mniej lub bardziej sprecyzowanej aktywności.

W latach 50-tych XX wieku pojawiło się szereg prac wskazujących na konieczność rozróżnienia między dążeniem do uniknięcia czegoś a dążeniem do osiągnięcia czegoś. Takie rozróżnienie spotykamy w teorii motywacji osiągnięć J.W. Atkinsona, a także w teoriach dwóch typów motywacji: motywacji deficytu i motywacji wzrostu A. Masłowa (1955)<sup>41</sup>. Nie zawsze można ustalić czy u danej osoby pojawiło się napięcie motywacyjne dodatnie czy ujemne, ponieważ mogą się pojawiać równocześnie obie jego formy, Np. ktoś może dążyć do nauczenia się sprawnego poruszania się na wózku inwalidzkim ze względu na korzyści jakie daje posiadanie tej umiejętności, jak też z obawy, że nieumiejętność samodzielnej jazdy na wózku wywoła niezadowolenie rodziny i oddanie go do domu opieki. W wielu wypadkach jedna forma napięcia przeważa i ona wyznacza przebieg czynności.

Napięcie motywacyjne może być doraźne lub trwałe. Doraźne napięcie wpływa na przebieg aktualnych czynności jednostki, trwałe napięcie może mieć formę napięcia

---

<sup>41</sup> Masłowa AH: W stronę psychologii istnienia. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2004,

potencjalnego. Napięcie potencjalne wiąże się z istnieniem trwałych, niezaspokojonych potrzeb, niezrealizowanych aspiracji, niezredukowanych obaw, niewykonanych zadań. Pod wpływem rozmaitych bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych (sposprzeżenia, myśli) napięcie potencjalne przechodzi w napięcie doraźne.

Wielkość napięcia motywacyjnego zależy od czasu deprivacji potrzeb. Im dłużej potrzeby człowieka są niezaspokojone, tym silniejsze napięcie motywacyjne. Jeśli deprivacja trwa zbyt długo, napięcie motywacyjne dalej nie wzrasta, a nawet może spadać. Zarówno przy dłuższym głodzeniu, jak i przy długiej rozłące, napięcie motywacyjne zaczyna słabnąć. Zjawisko to nie występuje jeżeli dana potrzeba jest od czasu do czasu zaspokajana (np. kiedy pożywienie otrzymuje się rzadko i w niedostatecznej ilości, kiedy co jakiś czas można spotkać się z osobami do których się tęskni itp.

#### **2.4.2. Spostrzeganie i rozwiązywanie problemów**

Fakt uświadomienia sobie lub nieuświadomienia przez człowieka jego sytuacji, ma istotne znaczenie dla jej kształtowania się oraz dla przebiegu zachowania się jej podmiotu. Orientacja w otoczeniu polega na odbiorze informacji za pomocą narządów zmysłowych, na ich przetwarzaniu w ośrodkowym układzie nerwowym i wykorzystywaniu w działaniu. Spostrzeganie jest to złożony układ procesów, dzięki któremu powstaje u człowieka subiektywny obraz rzeczywistości zwany spostrzeżeniem. Procesy życiowe i naturalna, niezbędna aktywność społeczna wymusza na wszystkich ludziach rozwiązywanie różnorodnych problemów. Problem jest rodzajem zadania, którego podmiot nie może rozwiązać za pomocą posiadanych wiadomości, umiejętności i nawyków. Ich rozwiązanie jest możliwe dzięki myśleniu produktywnemu.

##### Fazy rozwiązywania problemów:

1. Dostrzeganie problemu – w fazie tej człowiek dostrzega problem, czyli odkrywa go; innymi słowy, uświadamia sobie, że zasób posiadanej przez niego wiedzy nie wystarczy do osiągnięcia planowanych celów.
2. Analiza sytuacji problemowej – w fazie tej człowiek analizuje informacje zawarte w sytuacji problemowej oraz strukturę celu, który ma osiągnąć. Bada jakie są rozbieżności i luki między tym, co jest dane, a tym, co jest pożądane.



3. Wytwarzanie pomysłów rozwiązania problemu – w fazie tej, zwanej fazą produktywną, podmiot wytwarza nowe informacje, takie jak hipotezy i metody.
4. Weryfikacja pomysłów – celem tej fazy, zwanej również oceną lub kontrolą, jest sprawdzenie ich wartości. W wyniku weryfikacji człowiek albo przyjmuje pomysł jako rozwiązanie ostateczne, albo go odrzuca.

Nie wszystkie z wymienionych faz są niezbędne, zależy to od struktury problemu i od możliwości intelektualnych człowieka.<sup>42</sup>

### 2.4.3. Potrzeba i cele nadrzędne

Potrzeba i cele nadrzędne oznaczają to, bez czego trudno się obejść, czyli wymagania konieczne do życia. Tak rozumiana potrzeba, to odczuwana konieczność, niezbędność i oznacza stan, w którym bez określonego przedmiotu lub określonej osoby nie można normalnie funkcjonować. W tym sensie potrzeby to:

- 1) obiektywne warunki przeżycia lub rozwoju,
- 2) relacje uzależniające organizm od otoczenia (stałe i powszechnie występujące).<sup>43</sup>

Maslow określa potrzebę jako podstawową i instynktowną, jeśli:

- jej brak rodzi chorobę,
- jej obecność zapobiega chorobie,
- jej przywrócenie leczy chorobę,
- w pewnych (bardzo skomplikowanych) sytuacjach, które pozostawiają możliwość wolnego wyboru, osoba dotknięta brakiem, woli zaspokoić tę potrzebę niż inne,
- jest w stanie nieczynnym, nieaktywna lub funkcjonalnie nieobecna u osoby zdrowej.

Podstawowe potrzeby biologiczne, w tym fizjologiczne związane z budową i funkcjonowaniem organizmu oraz wymogi czysto psychologiczne, muszą być optymalnie zaspokojone przez otoczenie dla uniknięcia choroby i subiektywnego złego samopoczucia. Charakterystyczne dla nich jest, że:

---

<sup>42</sup> Tomaszewski T. i in.: Psychologia, PWN Warszawa 1975.

<sup>43</sup> Kocowski T: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1978, str. 11-15; 118-122.

- człowiek ich pozbawiony uporczywie domaga się ich zaspokojenia ,
- brak ich wywołuje chorobę i wyniszczenie,
- ich zaspokojenie działa terapeutycznie i leczy chorobę wywołaną brakiem,
- ciągłość zaopatrzenia zapobiega chorobie,
- jednostki zdrowe, zaspokojone nie wykazują tych braków.<sup>44</sup>

Jest wiele definicji potrzeb. Część autorów utożsamia potrzebę z subiektywnym odczuciem braku , według innych potrzeba jest dowolnym elementem zbioru pragnień, dążeń, popędów człowieka i określana treścią tych pragnień.

Według Drevera: „Potrzeba to stan odczuwania braku, pożądania czegoś, albo też wymaganie powodzenia w pewnym działaniu”.

W podobny sposób używa pojęcia potrzeby, jako procesu motywacyjnego, Maslow.

Potrzeby wynikające z braku są odczuwane przez wszystkich ludzi. Samoaktualizacja ma charakter indywidualny, gdyż każda osoba jest różna.

Rozważania na temat zakresu niezbędnej profesjonalnej pomocy w realizacji potrzeb, powinny uwzględniać powszechnie uznawane założenia, że człowiek charakteryzuje się generalnym dążeniem do przetrwania osobniczego i gatunkowego, do rozwoju, skutecznej aktywności, korzystnego współżycia i współdziałania ze zbiorowością i do subiektywnego zadowolenia z całokształtu życia. Własności te są typowe dla całego gatunku ludzkiego i z tego powodu są nazywane celami nadrzędnymi. Niemal wszystkie czynności człowieka koncentrują się wokół tych celów, a podstawowe potrzeby człowieka w psychologii opisywane są jako warunki celów nadrzędnych. System potrzeb podstawowych obejmuje więc warunki przetrwania, prokreacji, rozwoju, skutecznej aktywności, współżycia i trwałego zadowolenia.<sup>45</sup>

Różne podstawowe potrzeby są powiązane ze sobą w układ hierarchiczny w taki sposób, że zaspokojenie jednej z nich, powoduje nie stan spoczynku czy apatię, lecz pojawienie się w świadomości nowej, „wyższej” potrzeby, a człowiek nadal odczuwa pożądanie i pragnienie, tyle, że na „wyższym” poziomie. Pojęcie „hierarchia potrzeb” w psychologii oznacza stopniowanie potrzeb od potrzeb podstawowych do potrzeb wyższego poziomu, które aktywizują się dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższych, np.

<sup>44</sup> Maslow AH: W stronę psychologii istnienia. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2004, str. 32-46.

<sup>45</sup> Kocowski T: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1978, str. 11-15; 118-122.

potrzeba bezpieczeństwa jest silniejsza niż potrzeba miłości, a od nich obu silniejsza jest potrzeba pokarmu. A wszystkie podstawowe potrzeby są jedynie krokami na drodze do samoaktualizacji (wzrostu), stanowiącej podsumowanie wszystkich podstawowych potrzeb. W psychologii jest reprezentowany pogląd, że zaspokojenie potrzeby wynikającej z braku i zaspokojenie potrzeby wzrostu wywierają zróżnicowany subiektywny i obiektywny wpływ na osobowość. Ogólnie można powiedzieć, że zaspokajanie braków zapobiega chorobom, a zaspokajanie wzrostu zapewnia pełne zdrowie [Maslow]. Wszyscy ludzie potrzebują poczucia bezpieczeństwa, miłości i uznania od swego otoczenia. Korzystna koegzystencja i efektywna kooperacja ze społecznością jest dla każdego człowieka istotnym celem nadrzędnym, warunkującym realizację wszystkich innych jego celów. W takim ujęciu pełnienie ról społecznych czy przestrzeganie norm zbiorowości opisywane jest jako potrzeby społeczne człowieka.

W kontekście opieki długoterminowej należy przyjąć, że uczestnictwo w realizacji celów grupowych nie zawsze jest celem nadrzędnym człowieka, zawsze natomiast jest jego istotną potrzebą. Intensywność tej potrzeby zależy od stopnia socjalizacji [Kocowski]. Oznacza to, że każda osoba musi czuć się w pewnym stopniu zobowiązana wobec źródła zaspokajania swych potrzeb i uwzględniać jego życzenia, kaprysy, zasady i prawa. Wymusza to konieczność adaptacji i przystosowania, cechującego się plastycznością, reaktywnością i umiejętnością dostosowania samej siebie do wymagań sytuacji zewnętrznej. W zasadzie człowiek motywowany brakiem jest o wiele bardziej uzależniony od innych ludzi niż człowiek głównie motywowany wzrostem. Ten pierwszy jest bardziej „interesowny”, bardziej potrzebujący, bardziej przywiązany i pragnący. To wpływa na stosunki międzyludzkie, szczególnie na zachowanie wobec osób, które świadczą usługi zawodowo [Maslow].

Liczba ludzi uzależnionych od pomocy innych osób i ich potrzeb jest olbrzymia i nie jest możliwe całkowite zaspokojenie. System zabezpieczenia społecznego jest niewystarczający i jako taki wymusza zarówno na społeczeństwie jak i jednostkach stałe dokonywanie wyborów. Kluczem jest tu wiedza o potrzebach, która odpowie na pytanie: co jest bardziej, a co mniej ważne, bardziej lub mniej pilne. Odpowiedź na te pytania może być formułowana na poziomie celów poprzez ustalenie i uzasadnienie ich hierarchii [Kocowski]. Jest to również podstawa do tworzenia zbiorowych i indywidualnych planów pielęgnacji.

#### 2.4.4. Kategoryzacja potrzeb człowieka

System potrzeb powinno się analizować w odniesieniu do nadrzędnych celów ludzkiej egzystencji. Mimo możliwości wyłonienia pewnych kategorii potrzeb, z powodu współzależności celów i wzajemnych powiązań w systemie potrzeb, nie może to być klasyfikacja rozłączna. T. Kocowski [10] wymienia ponad czterdzieści kategorii potrzeb, które warunkują sześć współzależnych celów. Są to:

##### I. Potrzeby egzystencjalne, w tym:

- pokarmowe - skład, kaloryczność, konsystencja, przyswajalność, apetyczność, częstotliwość spożywanych posiłków,
- ekologiczne - własności środowiska, np. temperatura, wilgotność, skład i ciśnienie powietrza, dopuszczalny poziom hałasu, zanieczyszczeń,
- rekreacyjne - niezbędne dla życia i zdrowia wymagania dotyczące ilości i jakości snu, dopuszczalnego wysiłku i stresu, warunki regeneracji sił i utrzymania fizjologicznej i psychologicznej wydolności do życia oraz działania, potrzeba kompensowania niedoboru ruchu, deprivacji sensorycznej, braku wrażeń i motywacji, spędzanie wolnego czasu,
- zdrowotne, w tym
  - ✓ potrzeby higieny - higiena osobista w związku z wydalaniem
  - ✓ przeciwdziałanie lokalnym zakażeniom i zatruciom,
  - ✓ potrzeby profilaktyki - zabiegi zmierzające do zwiększenia odporności organizmu i zapobiegania szkodliwym dla zdrowia skutkom deprivacji innych potrzeb,
  - ✓ potrzeby terapii - wielka różnorodność zindywidualizowanych potrzeb związanych z likwidacją konkretnych schorzeń i usuwaniem ich skutków,
- bezpieczeństwa - wynikają z konieczności przeciwdziałania istniejącym lub możliwym, stałym lub losowym zagrożeniom egzystencji, dotyczą sytuacji w otoczeniu,
- mieszkaniowe - miejsce pobytu i schronienia ludzi, wyposażone w urządzenia zabezpieczające realizację niemal wszystkich potrzeb egzystencjalnych ale także innych potrzeb np. prokreacyjnych, funkcjonalnych, społecznych i psychicznych,
- odzieżowe - obejmują wszystko co człowiek musi nosić na sobie, są substytutem

naturalnych organów ochraniających i osłaniających – odzież, obuwie, nakrycie głowy. Są związane z higieną i bezpieczeństwem. Pełnią także funkcje społeczne, prestiżowe i sygnalizacyjne,

## II. Potrzeby prokreacji i rozwoju, w tym:

- reprodukcji - zbiór wszystkich warunków niezbędnych i sprzyjających urodzeniu zdrowego potomstwa,
- opieki - zbiór zachowań ze strony rodziców, zabezpieczający wszystkie potrzeby egzystencjalne rozwijającego się potomstwa,
- dydaktyczne - zbiór zachowań ze strony rodziców czy opiekunów, ukierunkowany na przekazywanie potomstwu informacji oraz umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- wychowawcze - zbiór czynności i warunków sprzyjających lub niezbędnych do wykształcenia cech osobowości, postaw oraz motywacji koniecznych do samodzielnego życia w sposób zgodny z wymaganiami społecznymi,
- rodzinne - warunki dotyczące wzajemnej więzi, pomocy i opieki, organizacji i podziału ról, korzystnej atmosfery i trwałości rodziny,
- samorealizacji - stanowią ukoronowanie warunków rozwoju, opisują ostateczne cele tego procesu jako wykorzystanie wszystkich możliwości tkwiących w człowieku. Jest to zbiór pożądanych zgodności pomiędzy uzdolnieniami, zamiłowaniem, wykształceniem i pełnionymi rolami społecznymi.

## III. Potrzeby funkcjonalne, ogólnie pojęte warunki efektywności, skutecznej aktywności w realizacji dowolnych celów, w tym:

- informacyjne / poznawcze - dotyczą uzyskiwania, przechowywania i wykorzystywania informacji niezbędnych do realizacji każdego celu, każdej potrzeby,
- sprawnościowe / prakseologiczne - obejmują zbiór umiejętności, technik i metod działania, dotyczy ogólnych zasad i tysięcy szczegółowych sprawności potrzebnych człowiekowi,
- instrumentalne - dotyczą wszelkiego rodzaju narzędzi, urządzeń i instrumentów potrzebnych lub niezbędnych dla skutecznej działalności człowieka,

- lokomocyjne - wszelkie warunki aktywności związane z przemieszczaniem się w przestrzeni,
- swobody - możliwość dokonywania wyboru warunkuje skuteczne zaspokajanie niemal wszystkich potrzeb, rozwój i efektywność człowieka, odnosi się do wszystkich potrzeb, wiąże się z aktywnością i możliwościami skutecznego działania,
- innowacji - nieustanne reagowanie na zmienność otoczenia i aktualizowanie wiedzy, sprawności, instrumentów, ciągłe poszukiwanie nowej wiedzy, technologii i okazji. Jest to siła napędowa rozwoju i twórczości,
- napędowe - zbiór wewnętrznych warunków zabezpieczających energię i trwałość działania i dotyczy procesów neurofizjologicznych (stopień aktywacji systemu nerwowego) i psychicznych. Niedobór aktywacji mający podłoże endokrynalne lub wynikający ze zmęczenia czy procesów patologicznych, drastycznie obniża aktywność zewnętrzną człowieka i wpływa na wszelkie procesy motywacyjne.

IV. Potrzeby społeczne – dotyczą koegzystencji rozumianej szeroko jako korzystne współzycie i skuteczne współdziałanie z innymi, w tym:

- przynależności - przede wszystkim warunki przynależności rodzinnej, pracowniczej, obywatelskiej, ale także inne związane z przynależnością do grup nieformalnych
- łączności - potrzeby związane z istnieniem i funkcjonowaniem języka naturalnego i innych form porozumienia się, metody i środki przekazywania informacji między jednostką, grupą i poszczególnymi członkami grupy. Łączność jest warunkiem współzycia i współdziałania,
- organizacji – ogół warunków sprawnego działania w grupie, obejmuje podział, ról, koordynację i sprawne zarządzanie, sprawną dystrybucję i łatwy dostęp do okazji wytwarzanych w grupie,
- więzi emocjonalnej - warunki sprzyjające a niekiedy konieczne dla skutecznego współzycia i współdziałania, dotyczą zjawisk psychicznych, sfery wzajemnych postaw i motywacji,

- konformizmu - potrzeby podporządkowania się normom - prawnym, moralnym i obyczajowym - ustalonym w danej zbiorowości, stanowią składnik wymagań stawianych jednostce, która chce współżyć z tą zbiorowością,
- uspołecznienia - są to wysoko aprobowane w społeczeństwie postawy będące celem zabiegów wychowawczych w większości kultur, np. potrzeba działań prospołecznych na rzecz grupy oraz altruistycznych na rzecz innych osób,
- społecznej użyteczności - grupa wymagań związanych z istnieniem społecznego podziału pracy i ról, np. rodzicielskich, pracowniczych, obywatelskich, oraz faktu, że koegzystencja oznacza m.in. współprzyczynianie się członków grupy do zaspokojenia potrzeb całości,
- społecznej gratyfikacji - wszelkie formy dostępu do społecznie wytwarzanych okazji takich jak zarobki, uprawnienia np. do korzystania z publicznych usług, pomoc ze strony innych osób lub instytucji w zakresie potrzeb, których jednostka nie jest w stanie sama zaspokoić. W przypadku braku gratyfikacji człowiek jest przedmiotem eksploatacji, koegzystencja z grupą traci dla niego sens, zmuszając go do ucieczki lub walki,
- społecznej akceptacji - jest to forma gratyfikacji, wydzielona gdyż dotyczy sfery psychicznej, a nie przedmiotowej czy usługowej. Dotyczy postaw i stosunku, innych członków grupy do jednostki, ma charakter oceniający – aprobata, uznanie, szacunek, prestiż, sława lub emocjonalny – życzliwość, przyjaźń, oddanie, miłość. Uważa się, że najwyższą funkcją akceptacji jest poczucie bezpieczeństwa gdyż człowiek współczesny nie ma szans przeżycia i zaspokojenia swych potrzeb poza grupą, potrzeby akceptacji dotyczą układu wzajemnych ustosunkowań w grupie do której jednostka należy,
- współuczestnictwa - współuczestnictwo w decydowaniu o sprawach, zbiorowości, np. prawo do zabierania głosu w sprawach publicznych, udział w samorządach, prawo wyborcze,
- ochrony i autonomii - zbiór dotyczący zabezpieczeń jednostki żyjącej w społeczeństwie przed skutkami różnych niekorzystnych dla niej zdarzeń, a także przed negatywnymi skutkami samej koegzystencji, np. ubezpieczenie

ryzyka choroby czy niepełnosprawności, skutków wypadków losowych, gwarancja prawa do pracy, ochrona prawna,

V. Potrzeby psychiczne – warunki trwałego zadowolenia z całokształtu życia, w tym:

- subiektywne potrzeby egzystencji - zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych,
- subiektywne potrzeby prokreacyjne
- subiektywne potrzeby rozwoju,
- subiektywne potrzeby funkcjonalne i subiektywne potrzeby społeczne
- organizacji osobowości - zgodność subiektywnych pragnień z obiektywnymi potrzebami, potrzeba sterowania racjonalnego i kontrola emocji, istnienie mechanizmów obronnych i autoterapii, potrzeba sensu życia na która składa się posiadanie sprecyzowanych, świadomych celów, ideałów lub hierarchii wartości, potrzeba samoakceptacji, własnej wartości, samokrytycyzmu – ta grupa potrzeb jest kluczowa dla zdrowia psychicznego,
- erotyczne - w psychologii uważa się je za przetworzoną kulturowo, pochodną potrzeb reprodukcji i akceptacji wraz ze składową potrzeb estetycznych, ludycznych i samopotwierdzenia, akceptowane zachowania erotyczne wymagają wrażliwości interpersonalnej, erotykę zalicza się do dziedziny szeroko pojętych potrzeb kulturalnych,
- recepcji kultury i aktywnej rekreacji - potrzeby zaspokajane przez odbiór wytworów kultury, aktywności człowieka uprawiane dla własnej przyjemności,
- estetyczne - obejmuje realizację upodobań estetycznych człowieka dotyczących całego otoczenia np. estetykę własnego wyglądu, mieszkania, miejsc pobytu.



### **3. ZAŁOŻENIE PRACY, CELE PRACY I HIPOTEZA BADAWCZA**

#### **3.1. Założenie pracy**

Założenie pracy przyjęte przez autorkę wynika z jej intencji opisanych we wstępie do pracy, które są także konsekwencją aktualnej sytuacji demograficznej i wskaźników epidemiologicznych chorób przewlekłych oraz problemów społecznych w zakresie zabezpieczenia społecznego, przedstawionych w rozdziale 2.

Obecny system opieki długoterminowej w Polsce, podzielony organizacyjnie między dwa resorty, jest ubogi, nieefektywny i nieadekwatny do potrzeb. Cechuje się bardzo ograniczoną dostępnością, brakiem koordynacji i niską jakością usług oraz uprzedmiotowieniem osób przewlekle chorych i niesamodzielnych. Człowieka dopasowuje się tu do systemu a nie system do człowieka.

#### **3.2. Cele pracy**

Powyższe założenie miało bezpośredni wpływ na wytyczenie celów pracy: głównego oraz szczegółowych.

**Cel główny:**

Ocena efektywności modelu kompleksowej opieki długoterminowej opartego na pielęgnacji kompensacyjnej, w odniesieniu do stanu zdrowia i sprawności osób przewlekle chorych w zaspokajaniu ich potrzeb funkcjonalnych i zdrowotnych.

### **Cele szczegółowe:**

Cel główny pracy zawiera w sobie kilka kluczowych celów szczegółowych, w tym:

- zbudowanie modelu kompleksowej opieki długoterminowej i wpisanie go w obowiązujący system prawa,
- wdrożenie w praktyce, koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, stanowiącej teoretyczną podstawę funkcjonowania modelu oraz nowego zawodu medycznego – opiekuna medycznego,
- opracowanie i praktyczne wdrożenie standardów pielęgnowania oraz postępowania terapeutycznego w opiece długoterminowej,
- opracowanie i praktyczne wdrożenie wzorów dokumentacji pielęgnowania,

### **3.3. Hipoteza badawcza**

Autorka tworząc nowy własny model opieki długoterminowej zakładała zweryfikowanie następującej hipotezy:

Poprawa jakości i efektywności opieki długoterminowej jest możliwa, także w obecnych polskich uwarunkowaniach prawno-gospodarczych i nastąpi, gdy wdrożone zostaną:

- 1) kompleksowość i standaryzacja świadczeń, oparta na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej  
oraz
- 2) wycena oraz koordynacja świadczeń w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, szczególnie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych.

W obrębie tej hipotezy autorka uznała za prawdopodobne, że:

- 1) systematyczna profesjonalna pielęgnacja skutecznie zapobiegnie powikłaniom zdrowotnym u osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, a szczególnie skutkom długotrwałego unieruchomienia, takim jak odleżyny, przykurcze, zapalenie płuc, itd.
- 2) pielęgnacja kompensacyjna podtrzyma uzyskany w wyniku leczenia stan zdrowia i sprawności, a w wielu przypadkach przyczyni się do jego poprawy,

- 3) opiekunowie medyczni zastąpią pielęgniarki w wykonywaniu czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji osób chorych,
- 4) pielęgniarki uzyskają wyłączną kompetencję do zlecania pielęgnacji wszystkim opiekunom medycznym realizującym pielęgnację w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, oraz do nadzoru nad jej wykonywaniem,
- 5) obligatoryjny, wobec wszystkich opiekunów medycznych, wymóg zlecenia i nadzoru pielęgniarskiego nad wykonywaną pielęgnacją poprawi jakość opieki długoterminowej,
- 6) kompleksowe, koordynowane, uzupełniające się świadczenia dostępne w ramach ochrony zdrowia i pomocy społecznej poprawią efektywność opieki długoterminowej.

Formułując powyższą hipotezę badawczą autorka oparła się na wiedzy teoretycznej ujętej w najczęściej przywoływanych teoriach pielęgnowania, teorii motywacji i potrzeb ludzkich, ale także na wiedzy pozyskanej w toku kilku wyjazdów studyjnych do Anglii, Szwecji, Holandii i Niemiec, dotyczącej funkcjonowania systemów opieki długoterminowej w tych krajach. Analiza piśmiennictwa i własne doświadczenie zawodowe autorki wskazywały na oczywistość sformułowanej hipotezy, ale wymagała ona weryfikacji w specyficznych polskich warunkach. Pełniąc funkcję konsultanta krajowego, autorka miała możliwość rozpoznania podstawowych problemów w funkcjonowaniu zakładów opieki długoterminowej i skutków wynikających z braku koncepcji, standaryzacji, postępującego braku pielęgniarek i niskich kwalifikacji pracowników obsługi, jak również finansowania drastycznie zaniżonego w stosunku do rzeczywistych kosztów.<sup>46</sup>

Hipoteza badawcza jest reakcją autorki na zbyt niską jakość i drastycznie ograniczoną dostępność do świadczeń w obszarze opieki długoterminowej oraz bagatelizowanie, przez decydentów, społecznych skutków i kosztów zaniedbań pielęgnacyjnych.

---

<sup>46</sup> Ta sytuacja wykluczała możliwość zweryfikowania postawionej hipotezy w typowym polskim zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i była przyczyną zbudowania modelu wyobrażeń autorki o profesjonalnym ZPO, zdecydowanie odbiegającym od standardu polskiego, ale jednak wpisanym w naszą rzeczywistość prawną i społeczną.

## 4. MATERIAŁ I METODA

### 4.1. Grupa badana

Badaniem objęci byli wszyscy pacjenci korzystający ze stacjonarnej i domowej opieki w ramach stworzonego przez autorkę modelu kompleksowej opieki długoterminowej- w okresie od 2000 do końca 2007 roku- łącznie było to 989 osób.

Do 2005 roku system ochrony zdrowia dopuszczał tylko stacjonarną formę opieki długoterminowej. Od początku 2005 roku na rynek świadczeń zdrowotnych został wprowadzony nowy produkt – opieka domowa, nazywana w dokumentach NFZ pielęgniarską opieką długoterminową. Kryteria kwalifikacji do obu form opieki długoterminowej były identyczne. W latach 2005–2007, istniała taka sytuacja, że pacjent trafiał albo do opieki domowej albo do stacjonarnej. Natomiast to gdzie trafiał zależało wyłącznie od dostępności do opieki stacjonarnej i sytuacji finansowej pacjenta. Tak więc o tym gdzie pacjent trafiał nie decydował jego stan kliniczny ale czynniki pozamedyczne.

Taka sytuacja, niezależnie od autorki, podzieliła w latach 2005-2007 pacjentów na dwie grupy pod względem charakteru opieki:

- 1) 233 osoby przyjęte do Centrum i objęte całodobową opieką pielęgniarek oraz opiekunów medycznych w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, opieką w całości standaryzowaną i kontrolowaną, w pełni opartą na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej.
- 2) 138 osób objętych pielęgniarską opieką domową, gdzie świadczenia pielęgniarskie związane z kontynuacją procesu leczenia wykonywały pielęgniarki w trakcie średnio 4 wizyt w tygodniu, trwających 90 minut,<sup>47</sup> natomiast czynności wchodzące w zakres pielęgnacji podstawowej wykonywali członkowie rodziny lub zatrudniona do tego celu opiekunka pomocy społecznej. Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej mogła być tu wdrożona w bardzo zawężonym zakresie gdyż zależała od wiedzy i umiejętności osób opiekujących się pacjentem, nie podlegających żadnej standaryzacji i kontroli.

Ze świadczeń oferowanych w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej („grupa eksperymentalna”) pacjenci przebywający w domu mogli otrzymać tylko limitowaną opiekę pielęgniarską (co drugi dzień i to nie więcej niż 1 godzina) i ewentualnie, w zależności od potrzeb usługi wypożyczalni sprzętu i działu

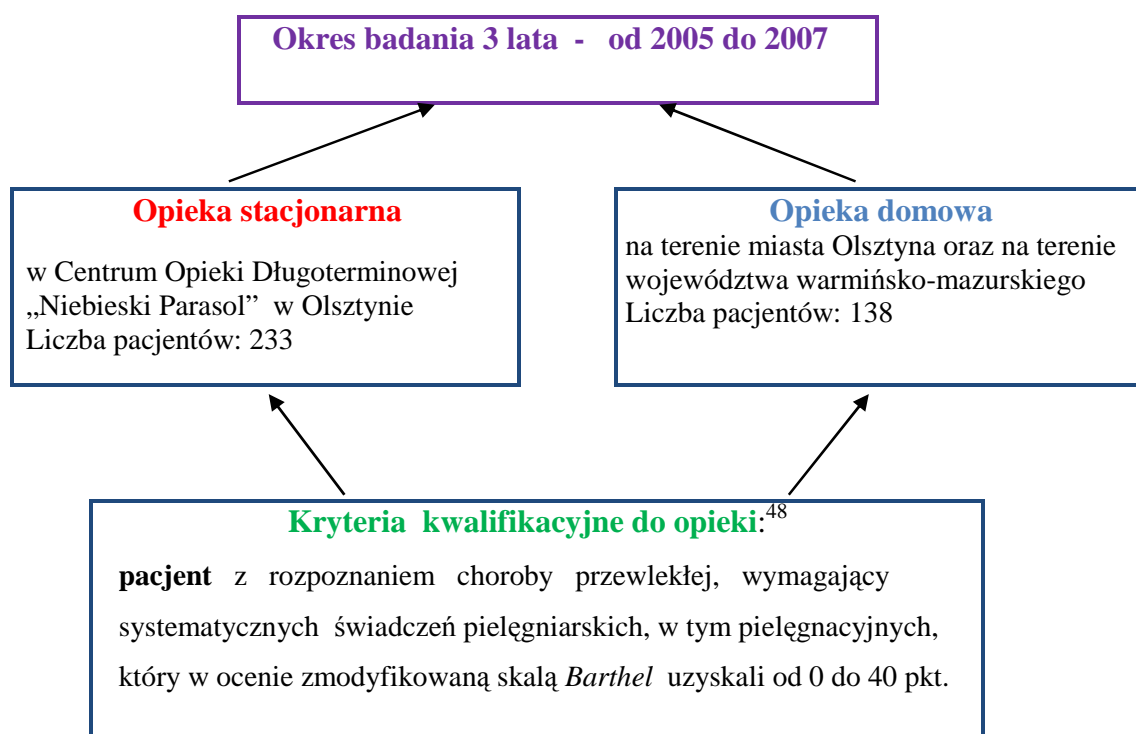
---

<sup>47</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ

rehabilitacji. Te elementy nie były objęte badaniem. Ta druga grupa opieki spełniała kryteria grupy kontrolnej, gdyż pozbawiona była codziennej profesjonalnej pielęgnacji, która w opiece stacjonarnej realizowana była przez pielęgniarki oraz opiekunów medycznych.

Autorka z całą mocą podkreśla, że opisana wyżej sytuacja nie wynikała z założeń pracy, tzn. nie planowała ona badania, w którym część pacjentów skazana byłaby niejako na gorszą jakościowo opiekę. Jednak skoro opisana sytuacja miała miejsce to, autorka realizując opiekę zgodnie z wytycznymi NFZ, miała możliwość zaobserwowania skutków braku profesjonalnej pielęgnacji w warunkach domowych.

Rycina 5. Schemat badania ukazujący dwie grupy pacjentów objętych badaniami: 1) opieką stacjonarną („grupa eksperymentalna”) i 2) opieką domową („grupa kontrolna”)



Źródło: Opracowanie własne

<sup>48</sup> Zarządzenie Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, jest to kontynuacja warunków ogłaszanych w Zarządzeniach z lat wcześniejszych

Badaniem objęto wszystkich pacjentów z obu grup, którzy byli objęci opieką w okresie trzech lat, a więc były to tzw. próby wyczerpujące (100% pacjentów z obu badanych grup). Autorka dysponowała pełnymi danymi, zawierającymi ten sam zakres informacji dotyczących wszystkich jednostek badanej populacji. Odnosząc się do kwestii doboru próby to należy podkreślić, że był to jednocześnie dobór losowy, gdyż wszystkie osoby spośród przewlekle chorych z ograniczoną samodzielnością do samopielęgnacji miały taką samą szansę znaleźć się w „grupie eksperymentalnej” co w „grupie kontrolnej”(ryc.5), a przy tym był to jednocześnie dobór celowy, gdyż badane osoby z obu grup wybierane były w sposób arbitralny, z powodu wymogu NFZ by poziom sprawności nie przekroczył 40 pkt w skali *Barhel*.

Tak więc przedmiotem badań była ocena stanu fizycznego i stanu psychicznego osób wyżej opisanych, objętych opieką w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, przeprowadzona w dniu jej rozpoczęcia i zakończenia, stanowiąca wskaźnik efektywności pielęgnacji kompensacyjnej, realizowanej, przeprowadzona w dwóch badaniach:

1. bez udziału grupy kontrolnej w latach 2000-2005 (618 osób)
2. z udziałem grupy kontrolnej w latach 2005-2007 (371 osób)

Populację objętą badaniem stanowią osoby niepełnosprawne, niezdolne do samopielęgnacji, których stan zdrowia wymagał systematycznych świadczeń pielęgniarских w zakresie kontynuacji leczenia farmakologicznego i profesjonalnej pielęgnacji. Główny problem, występujący w toku badania, związany był z narzuconymi, przez NFZ, kryteriami kwalifikującymi do opieki. Zgodnie z nimi do opieki długoterminowej zakwalifikować można tylko pacjentów obłożnie chorych ze sprawnością w zakresie samopielęgnacji do 40 pkt. w skali *Barthel*. Tym samym, badaniem została objęta grupa pacjentów całkowicie niesamodzielnych, z negatywnymi rokowaniami co do poprawy stanu zdrowia oraz sprawności.

## **4.2. Opis dotychczasowego i nowego modelu opieki długoterminowej**

Restrukturyzacja świadczeń szpitalnych, wdrożona na początku lat 90-tych, skutkująca niekwalifikowaniem do opieki szpitalnej osób przewlekle i obłożnie chorych wymagających stacjonarnych świadczeń pielęgniarских, w tym pielęgnacji,

spowodowała, że w obszarze ochrony zdrowia postanowiono wprowadzić nową formę opieki stacjonarnej. Niestety poza dwiema definicjami zakładów opieki długoterminowej wpisanymi w Art. 32 c i d Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.) nie ma innych zapisów prawnych regulujących tę problematykę. Tak więc obecny model opieki długoterminowej w Polsce jest opisany przez poniższe definicje:

Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, zakład ten zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu.

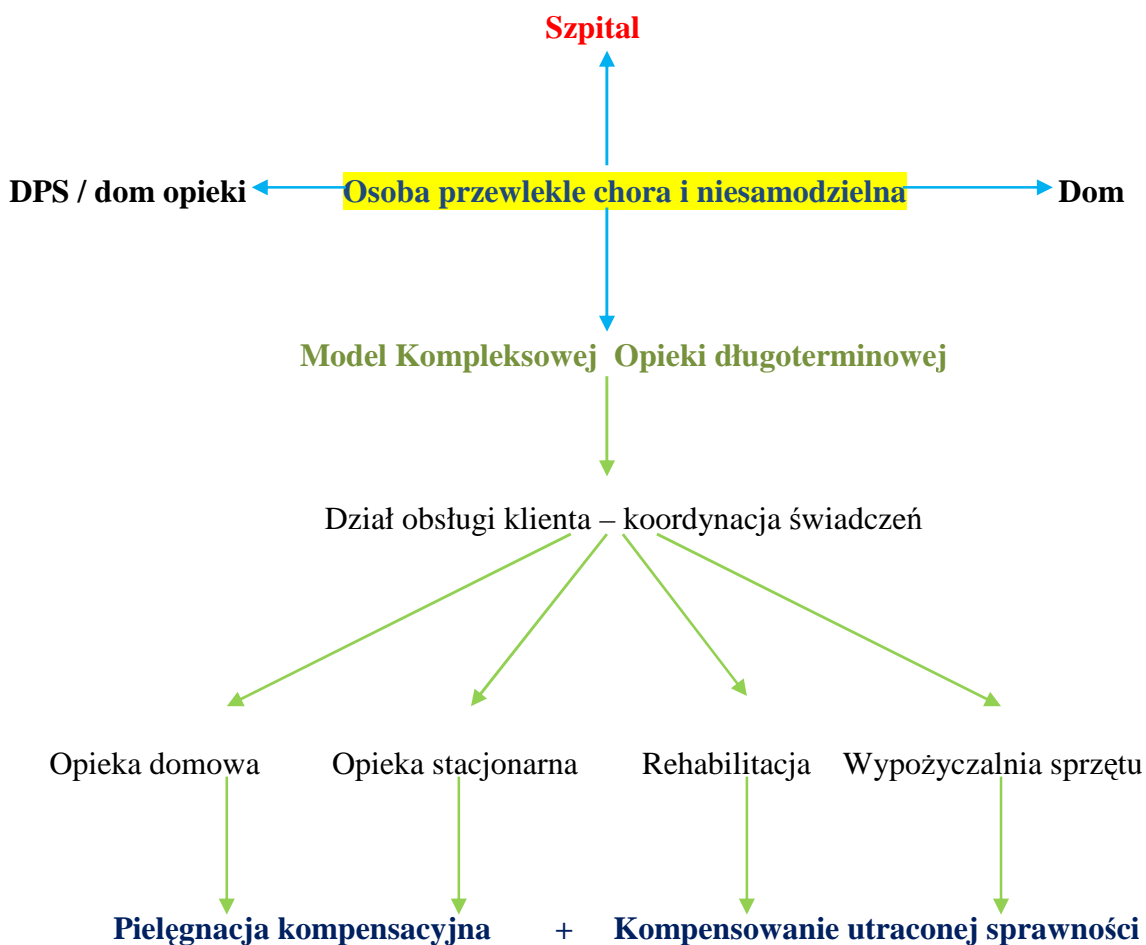
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

Z braku oficjalnej interpretacji precyzującej powyższy opis modelu opieki długoterminowej, Kasy Chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia podjął próbę zróżnicowania zakresów świadczeń w ZOL i ZPO. Wbrew definicji ustawowej ZOL nadawano charakter zakładów leczniczych, a ZPO pielęgnacyjnych. Intencje te znalazły odbicie jedynie w zróżnicowaniu stawki za osobodzień opieki na korzyść ZOL. Jednak porównując definicje zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego nie ma możliwości skategoryzowania właściwej dla każdego z tych zakładów grupy pacjentów. Z tego powodu, nie można także zróżnicować zakresu świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych.

Nowy model kompleksowej opieki długoterminowej – to różnorodne działania kompensacyjne, w tym pielęgnacyjne, terapeutyczne, opiekuńcze i edukacyjno-doradcze, świadczone w dłuższym okresie czasu lub stale osobom, które w związku z chorobą, urazem lub wiekiem są niezdolne do samodzielnej egzystencji. Celem

kompleksowej opieki długoterminowej, jest wspomaganie jak najdłuższej lub stałej obecności osoby niepełnosprawnej, przewlekle chorej i w podeszłym wieku w swoim środowisku, w rodzinie, a także jej bezpieczeństwo, maksymalizacja jakości życia i podtrzymanie funkcjonalności społecznej, odpowiednio do jej potrzeb i możliwości.

Rycina 6. **Struktura nowego modelu kompleksowej opieki długoterminowej**



Źródło: Opracowanie własne

Podstawowym zakresem działania w modelu kompleksowej opieki długoterminowej jest pielęgnacja a ideą nadrzędną wsparcie osoby niesamodzielnej w zaspokajaniu swych potrzeb poprzez kompensowanie utraconej sprawności obejmujące poradnictwo, pomoc i wyręczenie.



### 4.3. Paradygmat badawczy<sup>49</sup>

Praca badawcza prowadzona była zgodnie z paradygmatem systemowym<sup>50</sup> opartym na filozofii holizmu<sup>51</sup> i ujmowała problematykę zaspokajania potrzeb osób chorych i niesamodzielnych w kontekście ich sytuacji bio-psycho-społecznej. Zachowana tu została istota badań systemowych<sup>52</sup> wyrażona w następującym toku postępowania: problematyka badawcza dotyczy wyselekcjonowanej części rzeczywistości, a autorka rozważyła możliwości rozwiązania problemu na modelu, znalazła i sporządziła opis sprawdzonego w praktyce rozwiązania i przekazała go do realizacji.

Jednym z narzędzi badań systemowych są badania operacyjne.<sup>53</sup> Taki właśnie charakter miały badania przeprowadzone na modelu kompleksowej opieki długoterminowej zbudowanym w powiązaniu z otoczeniem i systemem prawnym. One także objęły zdiagnozowanie sytuacji, zamodelowanie sytuacji, kreację rozwiązania, ocenę jego wpływu na badanych pacjentów, weryfikację i wdrożenie. Te reguły postępowania występują także w standardach pielęgnacyjnych i terapeutycznych stosowanych w modelu opieki długoterminowej.

---

<sup>49</sup> W rozumieniu wprowadzonym przez filozofa Thomasa Kuhna w książce *Struktura rewolucji naukowych Paradygmat badawczy* jest to zbiór pojęć i teorii tworzących podstawy danej nauki. *Kuhn* spopularyzował termin *paradygmat* opisując go jako zbiór poglądów podzielanych przez naukowców, zestaw porozumień o pojmowaniu zagadnień. Zgodnie z poglądami *Kuhna* paradygmat jest istotny dla badań naukowych, gdyż "żadna nauka przyrodnicza nie może być wyjaśniana bez zastosowania splecionych teoretycznych i metodologicznych poglądów pozwalających na wybór, ocenę i krytykę". Paradygmat to fundamentalne założenia naukowe co do natury rzeczywistości, wspólne danej szkole naukowej, przyjmowane bezdyskusyjnie i traktowane jako oczywiste, nie wymagające pogłębionej analizy ani krytyki.

<sup>50</sup> Paradygmat systemowy jest to zrozumiały zbiór wzajemnie powiązanych i uzupełniających się idei i teorii, częściowo znanych, częściowo nie do końca rozpoznanych. Paradygmat systemowy obejmując różne dziedziny ludzkiej aktywności narzuca podejście zespołowe dla pracy doskonale wykształconych specjalistów, rozumiejących problem i siebie nawzajem. [pdf] Geneza koncepcji systemowych, [http://deuter.am.put.poznan.pl/zwm/eskrypty-pliki/inzynieriasystemowa/paradygmat\\_systemowy.pdf](http://deuter.am.put.poznan.pl/zwm/eskrypty-pliki/inzynieriasystemowa/paradygmat_systemowy.pdf) Windows Internet Explorer

<sup>51</sup> Holizm – kierunek filozoficzny, wg którego całość jest czymś więcej niż tylko sumą swych części. Ze zjawisk niższych (prostszych) w wyniku dynamicznej twórczej ewolucji powstaje nowa całość, nieredukowalna do sumy swych części,

<sup>52</sup> Badanie systemowe to badanie całościowe rzeczywistości, Źródło: jak wyżej

<sup>53</sup> Badania operacyjne obejmują wiele metod i technik naukowych związanych z podejmowaniem decyzji i są oparte na sześciu regułach: sformułowanie problemu, zbudowanie modelu systemu, wybranie techniki rozwiązania, ustalenie zależności rozwiązania od zmiany parametrów, wdrożenie rozwiązania, [pdf] Geneza koncepcji systemowych, [http://deuter.am.put.poznan.pl/zwm/eskrypty-pliki/inzynieriasystemowa/paradygmat\\_systemowy.pdf](http://deuter.am.put.poznan.pl/zwm/eskrypty-pliki/inzynieriasystemowa/paradygmat_systemowy.pdf) Windows Internet Explorer

Aksjomaty<sup>54</sup> oraz prawidłowości systemowe mające charakter uniwersalny dotyczą także niniejszej pracy, przeprowadzonej zgodnie z paradygmatem systemowym. Oznacza to, że pewne pojęcia, zasady i metody tu zastosowane, mają także zastosowanie w innych dziedzinach nauki czy techniki.

Aksjomaty systemowe leżące u podstaw przeprowadzonego procesu badawczego:

- 1) Aksjomat synergii – system przejawia cechę synergii.

Efekt synergii wyraża się w pracy zespołowej – zespół terapeutyczny wykonuje czynności terapeutyczne i opiekuńcze dążąc do wspólnego celu. Celem tym jest zwiększenie samodzielności i poprawa jakości życia chorych osób niepełnosprawnych. Członkowie zespołu pracują razem ale równolegle, i każdy z nich ma swój cel i zadanie.

Całość, czyli kompleksowa opieka długoterminowa, nie jest prostą sumą części: nabiera właściwości, jakich nie mają jej poszczególne części.

- 2) Aksjomat kontekstu – na każdy system oddziałuje jego otoczenie.

Model badawczy jest wyselekcjonowaną częścią rzeczywistości i dlatego jest podporządkowany szerszej całości. Żeby zrozumieć ten poddany obserwacji system nie wystarczy odnieść się do jego elementów składowych i relacji między nimi ale także uwzględnić należy jego otoczenie, w tym wypadku są to uwarunkowania społeczne, takie jak bariery w kompensowaniu utraconej sprawności oraz obowiązujące w działalności medycznej i opiekuńczej przepisy prawne i zasady finansowania.

- 3) Aksjomat równoważności systemów – różne systemy mogą prowadzić do tego samego celu.

Systemy mogą być równoważne pod względem osiąganych rezultatów (np. celów, właściwości). Tak się dzieje w przypadku objęcia opieką długoterminową pacjentów w formie opieki domowej lub opieki stacjonarnej w ZOL lub ZPO. Każda z form dotyczy tej samej kategorii pacjentów i celu, którym jest objęcie opieką, jednak charakteryzuje się inną miarą skuteczności i efektywności oraz innymi kosztami budowy i funkcjonowania. Rentowność form i poprawienie ich pozycji na rynku usług zdrowotnych czy społecznych

---

<sup>54</sup> Aksjomaty – ogólne stwierdzenia, nie wymagające udowadniania, Źródło: jak wyżej

można osiągnąć w różny sposób np. poprzez podniesienie poziomu finansowania, poprawę jakości usług, poprawę warunków lokalowych czy obsługi.

- 4) Aksjomat różnorodności Ashby'ego<sup>55</sup>- każda różnorodność może być zrównoważona tylko przez inną różnorodność.

Stopień różnorodności i elastyczności elementów systemu zależy od różnorodności i zmienności wejść do niego. Trwałość systemu zależy od tego czy stopień różnorodności i elastyczności elementów składowych systemu w konfrontacji z otoczeniem jest wystarczający. Elastyczność każdego elementu systemu musi być zbilansowana i skorelowana z elastycznością wszystkich pozostałych elementów.

System musi być zbilansowany, aby żaden z elementów nie stał się tzw. wąskim gardłem systemu pod względem jego funkcjonalności. Z kolei nadmierna elastyczność któregoś z elementów staje się przyczyną wzrostu kosztów funkcjonowania systemu.

Wprowadzenie i utrzymanie elastyczności kosztuje zarówno podczas konstruowania systemu oraz podczas jego funkcjonowania. Przykładem takich elementów może być liczba personelu zależna od stanu zdrowia pacjentów i poziomu zapotrzebowania na opiekę, rodzaj sprzętu wspomagającego personel w pracy i kompensującego utraconą sprawność oraz poziom finansowania przez NFZ , czy też kryteria i narzędzia kwalifikacyjne do opieki długoterminowej.

- 5) Aksjomat sprawności systemu – sprawność systemu zależy od sprawności jego najsłabszego elementu ocenianego pod względem tego samego kryterium. W badanym modelu ocenia się elementy struktury, wyposażenia, kadry oraz procesu pielęgnowania pod względem pielęgnacji kompensacyjnej, co zostało szczegółowo opisane w standardach funkcjonowania modelu [Aneks].

Przeprowadzone badanie nosi cechy paradygmatu systemowego gdyż:

- bazuje na uznanych dyscyplinach nauki ( medycyna, pielęgniarstwo, psychologia), technologii (sprzęt rehabilitacyjny, środki pomocnicze, materiały

---

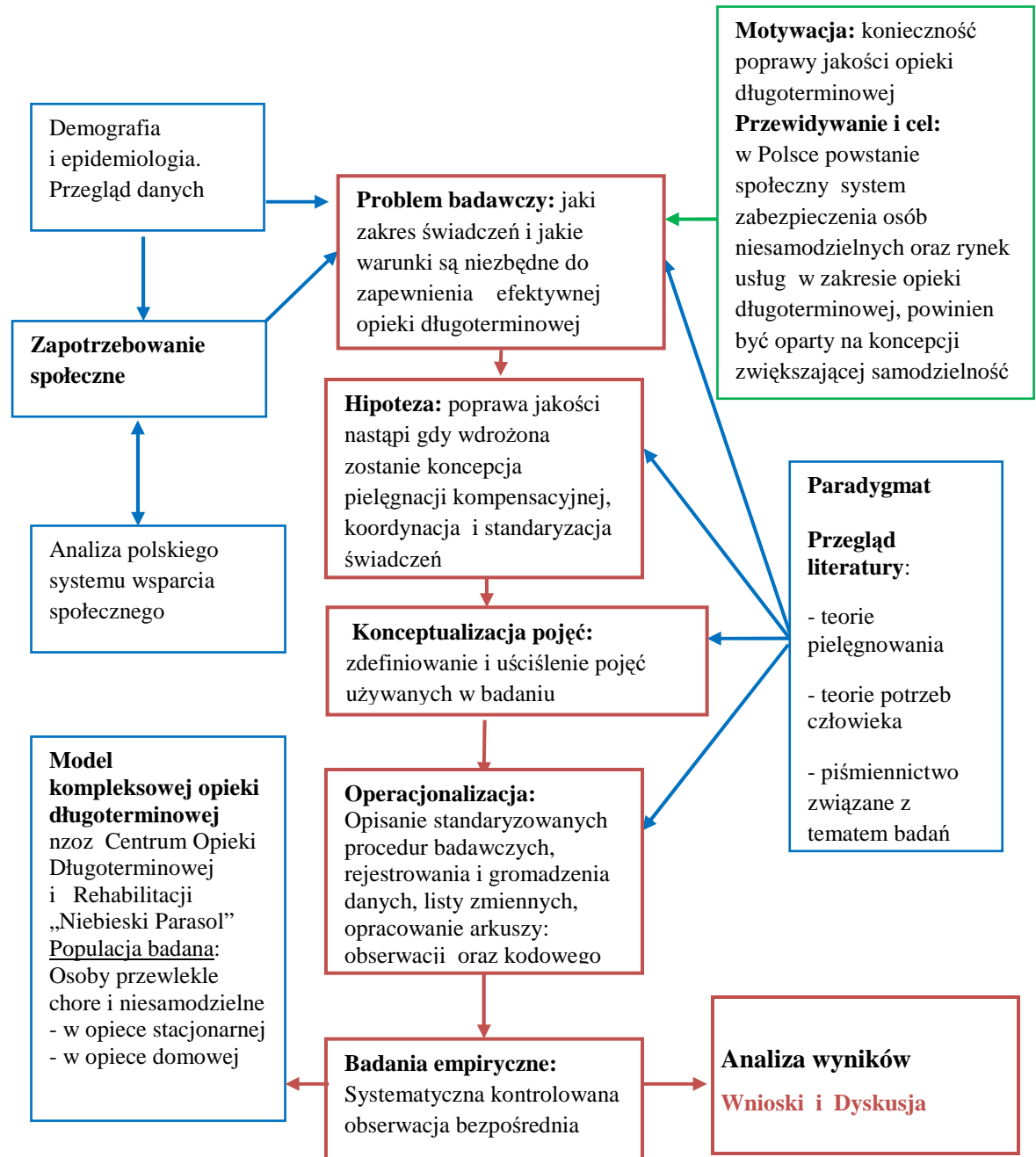
<sup>55</sup> Ashby,s law: Only variety can destroy variety, Źródło, jak wyżej

medyczne, farmaceutyki itp.) inżynierii (sprzęt do przemieszczania, sprzęt ortopedyczny, rozruszniki, stymulatory itd.) i zarządzania,

- jest dostępne w ramach powszechnie obowiązującego systemu społecznego zabezpieczenia chorych osób niepełnosprawnych (system ubezpieczeń zdrowotnych, system pomocy społecznej) ,
- zawiera wysokie standardy jakościowe uwzględniające interesy klienta oraz koszty środowiskowe i społeczne,
- zawiera kompletną dokumentację modelu, metod i procedur, źródeł danych, kryteriów ocen, formy finansowania oraz harmonogram działań,
- jest dostatecznie ogólne (obejmuje możliwie maksymalną klasę problemów z zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych osób chorych i niesamodzielnych), ale i otwarty, umożliwiając rozwiązywanie nowo pojawiających się problemów,
- ujęte holistycznie, czyli odnoszące się do sytuacji biologicznej, psychicznej i społecznej osoby chorej i niesamodzielnej,

## 4.4. Przebieg badań

Rycina 7. Schematyczne przedstawienie etapów procesu badawczego



Źródło: Opracowanie własne<sup>56</sup>

<sup>56</sup> W oparciu o opracowanie: Proces badawczy. Paradygmat badawczy, dostępnej na stronie WWW, wyszukiwarka Google: hal.psych.uw.edu.pl/2006zalaczniki/Proces\_badawczy.ppt Górny A. Proces badawczy-schemat i zasady realizacji, WWW. gorny.edu.pl/files/resources module/@random 46060573a22c0/ 1175127445 \_Proces\_badawczy\_06.07.pdf

## 4.4.2. Konceptualizacja pojęć

### 1. Słownik języka polskiego.<sup>57</sup>

#### **Pomoc**

- wspieranie kogoś fizycznie lub moralnie; wsparcie, ratunek
- pomagać komuś, wspierać, ratować kogoś
- pierwsza pomoc – czynności mające na celu ratowanie czyjegoś zdrowia i życia w nagłych wypadkach

Jest bardzo wiele związków frazeologicznych ze słowem „pomoc”, np. nieść pomoc, udzielać pomocy, przychodzić z pomocą, przy pomocy kogoś co oznacza – mając kogoś za pomocnika, korzystając z czyichś usług, poparcia, pomocy itp.

#### **Opieka**

- troszczenie się, dbanie o kogoś, dogłádanie, pilnowanie kogoś, czegoś
- ludzie opiekujący się kimś, mający prawo do opiekowania się kimś
- Instytucja opiekuńcza. Opiekunowie. Kuratela.

#### **Opiekować się**

- Sprawować opiekę nad kimś, nad czymś opiekę.
- Troszczyć się, dbać o kogoś, o coś, zajmować się czymś np. opiekować się chorymi.

#### **Opiekuńczy**

- roztaczający, sprawujący nad kimś, nad czymś opiekę
- skłonny do opiekowania się, troskliwy

#### **Pielęgnować**

- Wykonywać posługi i zabiegi przy chorych, dzieciach, starcach.
- Wykonywać czynności mające na celu osiągnięcie rozwoju roślin i zwierząt.
- Utrzymanie czegoś w należytym stanie.
- Dogłádanie, opiekowanie się.

---

<sup>57</sup> Sobol E: Słownik języka polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.

**Niesamodzielny**, nie będący samodzielnym, nie umiejący obywać się bez czyjejś pomocy.

**Samodzielny**, nie uzależniony od nikogo, nie potrzebujący niczyjej pomocy, nie ulegający czyimś wpływom, nie podlegający czyjejś władzy, niezależny, niezawisły, niepodległy

**Niedołężny**, nie mający sprawności fizycznej, będący objawem niesprawności, nieudolny, niezdarny, ociężały

### **Niepełnosprawny**

- człowiek ułomny fizycznie lub upośledzony umysłowo
- nie osiągający pełnej sprawności fizycznej wskutek ułomności lub upośledzenia umysłowego

### **Inwalida**

- człowiek, który utracił (całkowicie lub częściowo) zdolność do pracy,
- żołnierz niezdolny do dalszej służby wojskowej z powodu kalectwa lub utraty zdrowia

### **Kalectwo**

- poważne uszkodzenie ciała utrudniające lub uniemożliwiające jego normalne funkcjonowanie
- kalectwo życiowe to nieumiejętność radzenia sobie w życiu

**Potrzeba**, to, że coś jest potrzebne, nieodzowne, okoliczności zmuszające do postąpienia tak, a nie inaczej. Konieczność. Niezbędność.

- Krytyczne położenie, opresja, tarapaty, niebezpieczeństwo, nieszczęście, ubóstwo, bieda.
- Zwykle to bez czego trudno się obejść, wymagania konieczne do życia.<sup>58</sup>

**Byt**, m.in. warunki materialne, podstawa egzystencji,

- bytowy – związany z materialnymi warunkami życia
- bytować – być, trwać, przebywać, mieszkać

**Egzystencja** - istnienie, byt, bytowanie, życie, warunki życia,

---

<sup>58</sup> Szczegółowo kwestia potrzeb została omówiona w Rozdziale II Potrzeby człowieka i ich zaspokojenie

**Egzystencjalizm** – kierunek filozoficzny o różnych odmianach, którego przedmiotem rozważań jest problematyka egzystencji jako szczególnego, właściwego wyłącznie człowiekowi istnienia.

**Egzystować** – istnieć, być, znajdować się na świecie, żyć, mieć środki do życia

**Koegzystować** – współistnieć, współżyć; żyć, egzystować jednocześnie z kim innym

2. Dodatkowe, poza słownikowym, wyjaśnienie pojęć, używanych przy formułowaniu koncepcji opieki oraz w badaniu:

**Pielęgnacja** - pomoc chorej lub zdrowej jednostce w wykonywaniu tych czynności przyczyniających się do utrzymania bądź poprawy stanu zdrowia (lub spokojnej śmierci), które wykonywałaby ona samodzielnie, gdyby miała potrzebną siłę, wolę lub wiedzę. I robić to w taki sposób, żeby pomóc jej odzyskać niezależność jak najszybciej jest to możliwe.<sup>59</sup>

**Opieka** – definiowana jest jako swoista działalność, która sprowadza się zawsze do zaspokajania ponadpodmiotowych potrzeb jednostki. **Potrzeby ponadpodmiotowe** – to potrzeby ludzkie, których podopieczni nie są zdolni (przejściowo lub trwale, częściowo lub całkowicie) samodzielnie zaspokoić i regulować, gdyż wykraczają one poza ich możliwości (Gajewska G. 1997). Widocznym przejawem opieki jest aktywność człowieka wyrażona poprzez **działania opiekuńcze**. Pod pojęciem **opiekować się** kryją się następujące znaczenia: zajmować się, uważać na kogoś, udzielać pomocy, troszczyć się, dbać, doglądać, czuwać, pocieszać, roztaczać ochronę, chronić kogoś, utrzymywać kogoś (Szymczak M. 1999).

**Opieka** – to seria długofalowych i trwałych interakcji pomiędzy dwojgiem lub większą liczbą ludzi, których przedmiotem jest ochrona, zapobieganie, pomoc, wsparcie, niesienie ulgi (Hall J.N. 1992).<sup>60</sup>

**Niepełnosprawność** wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Pojęcie „niepełnosprawności” często jest używane wymiennie z „inwalidztwem”, choć zakresy obu pojęć nie w pełni się pokrywają. Słowo łacińskie

---

<sup>59</sup> Definicja autorstwa W. Henderson, przyjęta przez Międzynarodową Radę Pielęgniarską.

<sup>60</sup> Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K: Podstawy pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2004, str. 24



„invalidus” oznacza człowieka chorego, słabego, bezsilnego. Pojęcie „inwalida” było równoważne z takimi określeniami jak osoba poszkodowana na zdrowiu, upośledzona lub osoba z odchyleniem od normy i często używano ich zamiennie. W języku angielskim „in-valid” oznacza „nieprzydatność”. Natomiast „niepełnosprawność” jest pojęciem szerszym, obejmującym wszystkie aspekty aktywności życiowej człowieka. Według WHO za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych. W 1994 roku Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Wg M.Weissa ustalenie niepełnosprawności powinno opierać się na określeniu zdolności do wykonywania sześciu podstawowych czynności jakie codziennie wykonuje każdy człowiek, a więc: dbanie o higienę osobistą i odżywianie się, poruszanie się, zdolność do nawiązywania kontaktów międzyludzkich oraz zdobycie zawodu i uzyskanie środków na utrzymanie, umiejętność wypoczynku.

W Encyklopedycznym Słowniku Rehabilitacji (1986) osoba niepełnosprawna jest definiowana jako jednostka, u której występuje obniżenie - w stosunku do norm – stanu sprawności organizmu powodujące pewne ograniczenia i utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych. Wg K. Szawłowskiego (1990) osoby niepełnosprawne (lub z naruszoną sprawnością) to osoby, które na skutek wad bądź chorób wrodzonych oraz chorób nabytych, w różnym okresie życia doznały naruszenia czynności narządów, układów lub całego organizmu, co ogranicza w różnym stopniu ich funkcjonowanie biologiczne i/lub społeczne. Niepełnosprawność traktuje się jako stan, który może być konsekwencją choroby, urazu czy wad wrodzonych. R. Ossowski określa tym terminem „obniżony poziom czynności danego narządu czy układu kostno-mięśniowego (motoryka), układu nerwowego, czynności psychicznych itp. Niepełnosprawność dotyczy odchylenia in minus pod określonym względem. Ponieważ czynności organizmu są zintegrowane, przeto obniżony poziom sprawności jednego narządu może rzutować na sprawność innych narządów”. Niepełnosprawność w tym ujęciu jest spowodowana do defektu na poziomie organicznym. Jest to kategoria biomedyczna,

obiektywnie stwierdzalna, poddająca się pomiarowi i wykazująca zależność zadaniową.<sup>61</sup>

**Świadczenie zdrowotne** – wg Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135):

świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z kontynuacji procesu leczenia farmakologicznego lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania

świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, materiały i wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze

świadczenie towarzyszące – usługi transportu sanitarnego

**Świadczenie pielęgnacyjne** – to świadczenie towarzyszące świadczeniom zdrowotnym realizowanym na rzecz człowieka który jest niesamodzielny w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. (Szwalkiewicz E.)

**Świadczenie pielęgnacyjne** – jest niezbędnym uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych oraz świadczeń opiekuńczych, jest to pomoc w zaspokajaniu podstawowych, codziennych potrzeb życiowych w zakresie higieny osobistej, żywienia, wydalania i poruszania się.<sup>62</sup>

**Świadczenie pielęgnacyjne rzeczowe** – związane z procesem pielęgnacji środki pomocnicze, wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny oraz inny wspomagający codzienną aktywność i pielęgnację, usługi pielęgnacyjne

**Świadczenie pielęgnacyjne finansowe** – zasiłek pielęgnacyjny

**Świadczenie towarzyszące pielęgnacji** – zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej lub domu pomocy społecznej (opieka całodobowa lub całodzienna) lub usługi opiekuńcze podstawowe realizowane w miejscu zamieszkania osoby objętej opieką polegające na pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

---

<sup>61</sup> Wilmonska-Pietruszyńska A.: Niepełnosprawność, opracowanie przygotowane na potrzeby Rady Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia, Warszawa 2008

<sup>62</sup> W oparciu o Nachtigäller C, Fischer E: Kodeks Socjalny (SGB) – Księga XI – Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne z dnia 26.05.1994; stopnie opieki pielęgnacyjnej, katalog świadczeń, zasady kwalifikowania do opieki; Federalny Dziennik Ustaw I. Poz. 1014 z późn, zm.; <http://www.wrzos.org.pl/> Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych – WRZOS.

**Świadczenie opiekuńcze** – pielęgnacja oraz towarzyszenie i pomoc w niezbędnych regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i bezpieczeństwa oraz podtrzymania aktywności społecznej (zakupy, gotowanie, sprzątanie mieszkania, zmywanie, wymiana i pranie bielizny oraz odzieży, ogrzewanie, towarzyszenie do urzędów, przychodni, sklepów itp.) (Szwalkiewicz E.)

**Opieka długoterminowa** – to forma realizacji różnorodnych działań opiekuńczych, pielęgnacyjnych i terapeutycznych, w tym pielęgniarских, lekarskich i rehabilitacyjnych świadczonych w dłuższym okresie czasu lub stale osobom, które w związku z chorobą lub urazem są niepełnosprawne i niesamodzielne. (E. Szwalkiewicz)

**Niesamodzielność** – jest stanem długotrwałego lub trwałego uzależnienia od pomocy innych osób w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. W pielęgnacji kompensacyjnej niesamodzielność ocenia się w kontekście podstawowych biologicznych oraz funkcjonalnych potrzeb człowieka i różnicuje na trzy poziomy w zależności od możliwości samo pielęgnacji, określając je jako: samodzielny, przy pomocy, niesamodzielny. (Szwalkiewicz E.)

**Osoba niesamodzielna** – to osoba, która z powodu, choroby, urazu, wady wrodzonej lub wieku jest niezdolna do samodzielnego funkcjonowania i wymaga codziennego wyręczenia lub pomocy osoby drugiej w zakresie podstawowej pielęgnacji i prowadzenia gospodarstwa domowego. Pojęcie to nie dotyczy okresu fizjologicznej niesamodzielności dziecięcej. (Szwalkiewicz E.)

**Podstawowa pielęgnacja** obejmuje wspomaganie osoby niesamodzielnej w zakresie higieny ciała, odżywiania, wydalania i poruszania się. (Szwalkiewicz E.)

**Opiekun medyczny** – osoba zajmująca się zawodowo pielęgnacją chorych i niesamodzielnych oraz niepełnosprawnych ludzi. W strukturze zawodów i specjalności funkcjonuje jako medyczny personel pomocniczy

#### 4.4.3. Operacjonalizacja problemu badawczego<sup>63</sup>

Po stworzeniu modelu kompleksowej opieki długoterminowej i sformułowaniu hipotezy, autorka uznała, że jej weryfikacja może nastąpić tylko poprzez pryzmat potrzeb pacjenta opieki długoterminowej czyli osoby chorej i niesamodzielnej. To zadecydowało o ustaleniu listy zmiennych, przyjętych wartościach zmiennych oraz konstrukcji narzędzia badawczego w formie arkuszy obserwacyjnych oraz arkusza kodowego, a także wytycznych dla obserwacji. Arkusze obserwacyjne zostały przygotowane w formie indywidualnej dokumentacji medycznej i były komplementarne do pozostałej dokumentacji stosowanej w modelu badawczym, zgodnie z wymogami NFZ. Arkusze obserwacyjne zostały tak sformułowane, że zawierały w sobie całą listę zmiennych i wartości zmiennych, które były wybrane w efekcie operacjonalizacji problemu badawczego.

Arkusze obserwacyjne składały się z:

1. Karty informacyjnej o pacjencie (Wywiad opiekuna medycznego), wypełnianej w dniu objęcia opieką, karta ta była punktem odniesienia do oceny skutków przyjętych w modelu badawczym standardów postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego,
2. Wywiadu pielęgniarstwa, wypełnianego w dniu przyjęcia i uzupełnianego systematycznie, adekwatnie do zmian w stanie zdrowia pacjenta, jakie występowały w toku postępowania,
3. Karty czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych, odzwierciedlającej założony plan pielęgnowania,
4. Karty informacyjnej o pacjencie, wypełnianej w dniu zakończenia opieki.

Arkusze obserwacyjne w toku kilkuletniej obserwacji były udoskonalane w swej formie, a ewolucja przebiegała w kierunku rozdzielenia arkuszy dokumentacji dotyczącej procesu leczenia i wypełnianej przez lekarza oraz pielęgniarkę od dokumentacji dotyczącej procesu pielęgnowania, wypełnianej głównie przez opiekuna medycznego. Wszystkie stosowane w procesie badawczym arkusze zostały zamieszczone w Aneksie. Zmiany wprowadzane w arkuszach obserwacyjnych nie miały

---

<sup>63</sup> Na sposób podejścia do operacjonalizacji problemu badawczego miały wpływ materiały zamieszczone na stronach internetowych, a szczególnie:  
„[http://pl.wikipedia.org/wiki/Operacjonalizacja\\_problemu\\_badawczego](http://pl.wikipedia.org/wiki/Operacjonalizacja_problemu_badawczego)”

wpływu na listę zmiennych i ich wartości, a służyły głównie poprawie jakości dokumentowania udzielanych świadczeń i precyzyjnemu podzieleniu kompetencji zawodowych. Było to istotne z uwagi na postawioną hipotezę o znaczeniu opiekuna medycznego dla poprawy jakości opieki długoterminowej.

Arkusze obserwacyjne, zostały sformułowane w oparciu o wiedzę teoretyczną pozyskaną w toku analizy dostępnej literatury oraz wiedzę praktyczną zdobytą podczas wyjazdów studyjnych, szczególnie w niemieckich zakładach opieki długoterminowej.<sup>64</sup>

W oparciu o wybraną listę zmiennych i wartości zmiennych został sporządzony arkusz kodowy pod nazwą: pielęgnacja kompensacyjna. Został on podzielony na dwie części, jedna odnosiła się do stanu pacjenta w dniu przyjęcia a druga do stanu pacjenta w dniu wypisu. Było to istotne narzędzie dla oceny skuteczności pielęgnacji kompensacyjnej realizowanej w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, a tym samym dla potwierdzenia słuszności założonej hipotezy. Arkusze obserwacyjne wypełniały przeszkolone, w tym zakresie, pielęgniarki, opiekunki i terapeuci, zgodnie ze swymi kompetencjami.

Autorka wprowadzała dane z arkuszy obserwacyjnych do arkusza kodowego po zakończeniu opieki (wypis lub zgon pacjenta). Na wzór arkusza kodowego został opracowany program komputerowy, który umożliwiał sporządzenie komputerowej bazy danych i podsumowanie wyników badań, patrz niżej. Dobór zmiennych w arkuszu kodowym, umożliwił ilościowe przedstawienie problematyki osób chorych i niesamodzielnych, które obecnie, w ramach polskiego systemu opieki długoterminowej, są kwalifikowane do opieki długoterminowej. Arkusze obserwacyjne były wypełniane codziennie, przez czas objęcia pacjenta opieką w okresie funkcjonowania modelu badawczego, tj. w okresie 7 lat. Zostały przeprowadzone dwa badania, jedno dotyczące statystycznego wizerunku klienta opieki długoterminowej w Polsce - w okresie 4 lat 618 osób w opiece stacjonarnej oraz drugie badanie w okresie 3 lat, dotyczące efektywności pielęgnacji w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej - łącznie w opiece stacjonarnej i domowej 371 osób.

#### **4.4.3.1. Lista zmiennych i wartości zmiennych w arkuszach kodowych<sup>65</sup>**

---

<sup>64</sup> Löser AP: Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel. Schlütersche, Hannover 2004.

<sup>65</sup> Źródło: Opracowanie własne



## 4.5. Metoda, techniki badawcze i narzędzia badań

### 4.5.1. Metoda badawcza

Zastosowaną **metodą badawczą była obserwacja**<sup>66</sup> stanu fizycznego i stanu psychicznego oraz efektywności procesu pielęgnowania realizowanego przez opiekunów medycznych we współpracy z pielęgniarzkami, zgodnie z koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, która cechowała się:

- **celowością:** uwaga obserwatora była ukierunkowana, zamierzona, systematyczna i koncentrowała się tylko na tych elementach, które były istotne z punktu widzenia celu badań – czyli efektywności koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej w kontekście potrzeb pacjenta i kompetencji opiekuna do ich zaspokojenia,
- **adekwatnością:** autorka dokonywała selekcji spostrzeżeń dotyczących pielęgnowanych pacjentów, które były odnotowywane przez obserwatorów w dokumentacji medycznej pacjentów, i wybierała te spostrzeżenia które dotyczyły deficytów zdrowia oraz sprawności w kontekście zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych,
- **planowością:** obserwacja była prowadzona zgodnie z założonym planem badawczym, w okresie od 2000 do 2007 roku, a od 2005 roku z udziałem grupy kontrolnej. Była prowadzona przez pielęgniarzki, opiekunów i fizjoterapeutów pełniących rolę obserwatorów, wyniki obserwacji były odnotowywane bezpośrednio po wykonanej czynności i dokonanej obserwacji w specjalnie do tego celu opracowanych arkuszach obserwacyjnych, stanowiących stały element indywidualnej dokumentacji pacjenta, wdrożone standardy postępowania zapewniały stabilność sytuacji, w której była prowadzona obserwacja, i zabezpieczenie jej przed wpływem czynników zewnętrznych, zgromadzony materiał obserwacyjny był interpretowany przez autorkę w kontekście założonej hipotezy badawczej

---

<sup>66</sup> Pilch T., Bauman T.: *Zasady badań pedagogicznych – strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001

- **dokładnością:** pacjenci jako obiekty obserwacji byli jasno zdefiniowani i kwalifikowani do projektu za pomocą standaryzowanych narzędzi: wywiad lekarski i pielęgniarstwa oraz ocena poziomu samodzielności do 40 pkt. w Skali Barthel<sup>67</sup>, tak więc wyniki są porównywalne dla wszystkich obserwowanych w ramach procesu badawczego podmiotów<sup>68</sup>, a dokładność postrzegania, odnotowywania i interpretowania obserwowanych faktów była wymuszana przez konstrukcję formularzy obserwacyjnych. Fakt, że obserwatorami byli opiekunowie, pielęgniarki i terapeuci czynił tę obserwację dokładną, gdyż zapobiegał zniekształceniu obserwacji w związku z obecnością obcego obserwatora i wywołanego tym sztucznego zachowania się osób obserwowanych. Obserwacja charakteryzowała się wnikliwością gdyż uwzględniała współzależności i wzajemne uwarunkowania obserwowanych faktów i czynności oraz dających się zauważyć ich następstw i zmian w stanie psychofizycznym pacjenta. Przeprowadzoną obserwację można również określić jako wyczerpującą ponieważ obserwacji podlegały nawet najdrobniejsze szczegóły interesujące autorkę.
- **ciągłością i systematycznością:** obserwacja była prowadzona w systemie pozwalającym postrzegać obserwowane podmioty codziennie przez stosunkowo długi okres czasu, oraz z systematycznością wymuszoną przez konstrukcję arkuszy obserwacyjnych i obowiązujący w modelu badawczym standard dokumentowania .
- **klasyfikacją** (pomiar) i precyzyjnym rejestrowaniem jednostkowych faktów i czynności. Obserwatorzy postrzegali i odnotowywali fakty podlegające obserwacji niezależnie od osobistych doświadczeń czy subiektywnych postaw co nadaje przeprowadzonym badaniom cechę obiektywności. Tym bardziej, że

---

<sup>67</sup> Obowiązujące w Polsce zasady kwalifikowania do opieki długoterminowej przy wykorzystaniu skali *Barthel* zostały ustalone Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, zgodnie z nimi opieką można objąć pacjentów niemal całkowicie niesamodzielnych, stan tych osób i ich potrzeby są porównywalne

<sup>68</sup> Z jednej strony pielęgniarki i opiekunowie byli obserwatorami bezpośrednimi, traktowanymi przez pacjentów w sposób naturalny. Pacjenci przyjmują jako coś oczywistego, że są obserwowani przez personel medyczny i że poczynione spostrzeżenia są odnotowywane w dokumentacji. Tak więc nie zachowywali się w sposób sztuczny odgrywany na potrzeby kontroli. Z drugiej strony odnotowywane w dokumentacji spostrzeżenia i zachowania personelu były analizowane przez autorkę jako głównego obserwatora całego modelu badawczego. Codzienna obecność autorki powodowała, że opiekunowie traktowali ją jako stały element ich pracy i też zachowywali się naturalnie.



postrzeżenie obserwatorów zostało oddzielone od interpretacji dokonywanej przez autorkę po zgromadzeniu materiału obserwacyjnego.<sup>69</sup>

#### 4.5.2. Techniki badawcze

W badaniu zostały zastosowane dwie techniki badawcze:

- 1) **techniki obserwacji** – służyły pozyskiwaniu informacji, które najlepiej zdobywa się na drodze obserwacji,
- 2) **techniki komunikacji** - służyły pozyskiwaniu informacji, których nie można uzyskać na drodze obserwacji, a są one istotne do ustalenia stanu zdrowia i świadomości pacjenta, prowadzone były osobiście przez obserwatorów a uzyskane informacje odnotowywane w arkuszach obserwacji.

Obserwacje były poczynione, w ramach modelu badawczego na 989-osobowej grupie pacjentów niesamodzielnymi. Można tu w oparciu o zaobserwowane i wielokrotnie powtarzalne zjawiska, procesy oraz fakty, wyprowadzić pewne uogólnienia i prawidłowości odnoszące się do całej populacji osób przewlekle chorych z ograniczoną zdolnością do samoopieki i samopielęgnacji.

Metodą postępowania badawczego zastosowaną przez autorkę jest wnioskowanie indukcyjne w oparciu o metodę indywidualnych przypadków.

Badanie polegało na zebraniu oraz analizowaniu danych w toku bezpośredniego kontaktu z badaną rzeczywistością w celu uzyskania odpowiedzi na podstawowe pytania :

- jakim stanem zdrowia i sprawności cechuje się przeciętny pacjent w opiece długoterminowej,
- które z jego potrzeb życiowych należy zaliczyć do potrzeb podstawowych,
- w jakie kompetencje zawodowe powinien być wyposażony opiekun medyczny, zajmujący pozycję personelu pomocniczego, by mógł bezpiecznie i efektywnie pielęgnować oraz udzielać pomocy osobom chorym i niesamodzielnym,
- czy model kompleksowej opieki długoterminowej jest efektywny w poprawie stanu zdrowia i sprawności pacjentów w samoopiece,

---

<sup>69</sup> Wabia M.: Obserwacja, [http://www.zgapa.pl/data\\_files/referat-7131.html-141k](http://www.zgapa.pl/data_files/referat-7131.html-141k)

W związku z powyższym badaniem objęto tę część modelu kompleksowej opieki długoterminowej, która dotyczyła pielęgnacji podstawowej. Obserwacja odbywała się w trakcie pomagania lub towarzyszenia pacjentowi podczas wykonywania rutynowych, codziennych czynności, podczas zabiegów higienicznych, spożywania posiłków, zabiegów terapeutycznych. Obserwator (pielęgniarka, opiekun medyczny, autorka) nie ograniczał się jedynie do biernej rejestracji spostrzeżeń, ale zadawał także pytania prowokowane przez kontekst danej sytuacji, żeby lepiej zrozumieć zachowanie pacjenta w przebiegu procesu pielęgnowania. Zastosowanie metody obserwacji uczestniczącej umożliwiło zrozumienie zachowań badanych pacjentów w ich prawdziwym otoczeniu, naturalnych sytuacjach i codziennych zdarzeniach. W sposób naturalny autorka nawiązywała kontakt z bezpośrednimi obserwatorami i osobami objętymi badaniem, brała także aktywny udział w obserwowanych sytuacjach. Autorka nie kierowała jednak bezpośrednio procesami pielęgnacji, a jedynie z racji koncentrowania się na obserwacji modelu kompleksowej opieki długoterminowej, zwracała uwagę na przestrzeganie obowiązujących standardów postępowania i precyzję dokumentowania spostrzeżeń, pełniła więc rolę zarządzającego procesem badawczym i interpretatora zebranego materiału badawczego. Przedmiotem tak prowadzonej obserwacji był indywidualny stan fizyczny i psychiczny badanego. Natomiast zadaniem obserwatorów było realizowanie procesu pielęgnowania i jednocześnie dostrzeżenie, zarejestrowanie oraz zinterpretowanie subiektywnego znaczenia wykonanej czynności oraz zachowania się pacjenta.<sup>70</sup> Zespół obserwatorów uczestniczących w badaniach został starannie przygotowany do posługiwania się standaryzowanymi narzędziami badawczymi, osoby te posiadały umiejętność dokumentowania procesów pielęgnacyjnych w arkuszach obserwacyjnych.

---

<sup>70</sup> Przy opisie metody autorka korzystała z opracowania :  
Obserwacja uczestnicząca/pl.wikipedia.org/Wiki/obserwacja\_uczestnicząca-27K  
<http://www.pentor.pl/20741.xml>

### 4.5.3. Narzędzia badań

W badaniach wykorzystano:

- 1) standaryzowane kwestionariusze indywidualnej dokumentacji pielęgniarstwa, wprowadzone Zarządzeniem prezesa NFZ i stanowiące załącznik do umów ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń z zakresu opieki długoterminowej: wywiad pielęgniarstwa, karta oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i podjętych wczesnych działań terapeutycznych, karta kwalifikacji do opieki długoterminowej, załączone do Aneksu
- 2) kwestionariusze dokumentacji indywidualnej pielęgnacji, w tym wywiad opiekuna medycznego, diagnozę potrzeb, plan pielęgnowania i opieki, załączone do Aneksu,
- 3) autorskie kwestionariusze wypełniane przez terapeutów, w tym karta usprawniania oraz karty psychologa i logopedy, załączone do Aneksu,
- 4) standaryzowane narzędzie badawcze - skalę *Barthel*.<sup>71</sup>

**Skala Barthel** jest stosowanym od kilkadziesiąt lat narzędziem do oceny funkcjonalnej (sprawności w wykonywaniu codziennych czynności życiowych). Skala ta od czasu wprowadzenia była stosowana w odniesieniu do chorych po przebytym udarze mózgu. Dokonywano jej modyfikacji w zależności od potrzeb i obecnie występuje w różnych wersjach. W swej podstawowej wersji może być stosowana nie tylko w przypadku udaru mózgu, ale także w innych chorobach skutkujących deficytem neurologicznym. Sprawdza się także u chorych po urazach. W modelu kompleksowej opieki długoterminowej była stosowana wobec wszystkich pacjentów obejmowanych opieką jako narzędzie kwalifikacji do opieki długoterminowej. W skali 0, 5, 10 i 15 punktów, dokonuje oceny zdolności do samoobsługi w dziesięciu podstawowych czynnościach: spożywanie posiłków, przechodzenie z łóżka na wózek i z powrotem, higiena osobista (mycie, czesanie się, golenie), korzystanie z toalety, kąpiel, poruszanie się po płaskim terenie, wchodzenie i schodzenie po schodach, kontrola oddawania stolca i moczu. Skala pozwala na ocenę zmiany w stanie funkcjonalnym, jest prosta,

---

<sup>71</sup> Jej autorką jest Dorothea Barthel, skala ta znana jest także pod nazwą: Indeks Barthel, Barthel Score, lub Maryland Disability Index, Źródło: Mahoney FI, Barthel D.W, Functional evaluation: The Barthel index *Md State Med J.* 1965;14:61-65

rozumiała i łatwa w użyciu. W procesie badawczym, przy ocenie efektywności pielęgnacji kompensacyjnej, skalą *Barthel* posługiwały się zarówno pielęgniarki jak i opiekunowie. Zasady oceniania sprawności pacjentów według skali *Barthel*, stanowiły załącznik do arkuszy obserwacyjnych, patrz Aneks – dokumentacja wypełniana przez opiekunów.

Organizacyjna możliwość i efektywność instytucjonalnego zaspokajania potrzeb osób objętych badaniem była oceniana także w kontekście postulowanych zadań zawodowych opiekuna medycznego wymienionych w Ramowym programie nauczania oraz efektywności profesjonalnej pielęgnacji.

Opiekunki, mimo, że nie miały kwalifikacji opiekuna medycznego ( w okresie badawczym zawód ten jeszcze formalnie nie istniał) działały zgodnie, z obowiązującymi w modelu badawczym, standardami pielęgnacji i opieki, pełniąc jednocześnie funkcję członków zespołu terapeutycznego.

Te doświadczenia wpłynęły na decyzję Ministra Zdrowia o wpisaniu zawodu do projektu ustawy o zawodach medycznych oraz opracowania Ramowego programu kształcenia opiekuna medycznego. Tym samym teren i organizacja badań w całości służyły praktycznemu zweryfikowaniu hipotezy i autorskich wyobrażeń kompetencji opiekuna medycznego.

#### **4.5.4. Obliczenia statystyczne**

Kolejnym etapem realizacji procesu badawczego było przetwarzanie pozyskanych danych czyli przeniesienie z arkuszy obserwacyjnych<sup>72</sup> zbioru danych do indywidualnych arkuszy kodowych<sup>73</sup>, a następnie wprowadzenie ich do komputerowej bazy danych i dokonanie analizy statystycznej uzyskanych wyników.

##### **4.5.4.1. Arkusz kodowy komputerowej bazy danych**

---

<sup>72</sup> Zastosowane w badaniu arkusze obserwacyjne zostały zamieszczone w ANEKSIE, w części dokumentacja medyczna

<sup>73</sup> Arkusze kodowe są zamieszczone w części: 4.4.3.1. Lista zmiennych i wartości zmiennych w arkuszach kodowych, str. 102



## 5. WYNIKI BADAŃ

### 5.1. Badanie I - Charakterystyka klientów opieki długoterminowej

Celem tego badania było uzyskanie wizerunku przeciętnego klienta opieki długoterminowej, jego stanu fizycznego i psychicznego, jako wyznacznika niezbędnego zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i terapeutycznych oraz warunków jakie są niezbędne by opieka długoterminowa była bezpieczna i dobrej jakości. Wyniki tego badania odnoszą się także bezpośrednio do zakresu edukacji opiekunów medycznych i ich kompetencji zawodowych.

Badaniem objęci byli pacjenci Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji w Olsztynie, zwanego dalej Centrum.

Tabela II. Pacjenci Centrum – wg. płci

| Liczba badanych |             |             |
|-----------------|-------------|-------------|
| Razem           | Kobiety     | Mężczyźni   |
| 618             | 377 - 61.0% | 241 - 39.0% |

Tabela III. Pacjenci Centrum – wg. miejsca do którego byli wypisywani z Centrum

| Wypis z Centrum do: | Razem | Kobiety     | Mężczyźni   |
|---------------------|-------|-------------|-------------|
| Szpital             | 163   | 84 - 51.5%  | 79 - 48.5%  |
| Dom                 | 302   | 178 - 58.9% | 124 - 41.1% |
| DPS/ dom opieki     | 28    | 19 - 67.9%  | 9 - 32.1%   |
| Inne                | 24    | 17 - 70.8%  | 7 - 29.2%   |
| Zgon (w Centrum)    | 101   | 79 - 78.2%  | 22 - 21.8%  |

Tabela IV. Średnia arytmetyczna wieku pacjentów Centrum – wg. płci

| Średni wiek badanych (w latach życia) |         |           |
|---------------------------------------|---------|-----------|
| Razem                                 | Kobiety | Mężczyźni |
| 77                                    | 82      | 70        |

Ponad 60% pacjentów w opiece długoterminowej stanowią kobiety, mające średnio 82 lata. Średni wiek mężczyzn to 70 lat (tab. VI). Ten fakt powinien być uwzględniony w kształceniu opiekunów medycznych w ramach wszystkich przedmiotów. Problemy osób w podeszłym wieku są wielodyscyplinarne, a zaspokajanie ich potrzeb wymaga wiedzy o zmianach inwolucyjnych w organizmie, psychice i funkcjonowaniu społecznym, ale także o zasadach funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego. U ludzi w podeszłym wieku na pierwszy plan wysuwa się potrzeba bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego.

Tabela V. Badani zamieszkujący: samotnie, z rodziną, z opiekunem

| Badani zamieszkujący | n   | %     |
|----------------------|-----|-------|
| z rodziną            | 431 | 70%   |
| samotnie             | 182 | 29,2% |
| z opiekunem          | 2   | 0,3   |
| inne                 | 3   | 0,5   |
| Razem                | 618 | 100%  |

Ponad 60% osób objętych opieką mieszkało ze współmałżonkiem lub z rodziną, ale prawie 1/3 mieszkała samotnie. Fakt, że do opieki kwalifikowane były osoby chore i całkowicie niesamodzielne, z poważnymi powikłaniami będącymi skutkami zaniedbań pielęgnacyjnych, daje wyobrażenie o losie tych osób i o ich potrzebie stałego wsparcia ze strony rodziny ale także profesjonalnej pomocy innych osób i instytucji. Opiekun w toku edukacji powinien otrzymać informacje o zasadach postępowania z osobą

samotną, która nie ma ustalonego formalnego opiekuna (orzeczenie sądu) i ograniczeniach prawnych do podejmowania istotnych decyzji w imieniu osoby, która nie jest w stanie rozpoznać skutków tych decyzji.

Tabela VI. **Badani - wg czasu objęcia opieką stacjonarną (w dniach)**

| Płeć   | Kobiety    | Mężczyźni | Razem       |
|--|------------|-----------|-------------|
| <b>Średnia arytmetyczna liczby dni pobytu w Centrum Opieki Długoterminowej (w dniach):</b> | <b>121</b> | <b>40</b> | <b>89.6</b> |

Średni czas objęcia opieką w okresie prowadzenia badań - to 4 miesiące w przypadku kobiet i około 1,5 miesiąca w odniesieniu do mężczyzn. Mimo, że ludzie w podeszłym wieku źle znoszą rozłąkę z bliskimi, a jeszcze gorzej wyrwanie z codziennej rutyny domowej, to jednak zważając na swą samotność lub ograniczone możliwości opiekuńczej rodziny, godzą się z koniecznością korzystania z opieki instytucjonalnej. U podstaw decyzji o pobycie w zakładzie leży najczęściej potrzeba bezpieczeństwa i potrzeba odciążenia swoich bliskich od trudów opieki. Jednak nawet świadomie podjęte decyzje nie eliminują poczucia utraty i odrzucenia oraz niezaspokojonej potrzeby rodzinnej bliskości.

Tabela VII. **Badani z podziałem z upośledzeniem funkcji narządów zmysłów**

| <b>Liczba badanych z upośledzeniem narządu zmysłu</b>      | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| <b>ślepotą lub znacznego stopnia niedowidzenie</b>         | <b>14</b>  | <b>2,2%</b>  |
| <b>głuchota lub głęboki niedosłuch</b>                     | <b>13</b>  | <b>2,1%</b>  |
| <b>zaburzenia mowy uniemożliwiające porozumiewanie się</b> | <b>122</b> | <b>19,7%</b> |
| <b>pozostali</b>   | <b>469</b> | <b>76%</b>   |
| <b>Razem</b>   | <b>618</b> | <b>100%</b>  |



Tabela VIII. Liczba badanych według poziomu świadomości

| <b>Orientacja badanych co do:</b> | <b>Zachowana</b> | <b>Okresowo zaburzona</b> | <b>Brak</b> |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------|-------------|
| <b>własnej osoby</b>              | <b>397</b>       | <b>119</b>                | <b>102</b>  |
| <b>czasu</b>                      | <b>294</b>       | <b>172</b>                | <b>152</b>  |
| <b>miejsca</b>                    | <b>311</b>       | <b>163</b>                | <b>144</b>  |
| <b>sytuacji</b>                   | <b>300</b>       | <b>173</b>                | <b>145</b>  |

Tabela IX. Zachowania agresywne badanych

| <b>Zachowania agresywne badanych</b> | <b>Częste</b> | <b>Okresowe</b> | <b>Nieobecne</b> |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| <b>Liczba badanych</b>               | <b>27</b>     | <b>9</b>        | <b>582</b>       |

Tabela X. Liczba badanych z uwzględnieniem sprawności kończyn

| <b>Liczba badanych według ruchu kończyn</b> |                            |                           |
|---|----------------------------|---------------------------|
| <b>Kończyna</b>                             | <b>Pełen zakres ruchów</b> | <b>Tylko ruchy bierne</b> |
| <b>górną prawa</b>                          | <b>417</b>                 | <b>201</b>                |
| <b>górną lewą</b>                           | <b>431</b>                 | <b>201</b>                |
| <b>dolną prawa</b>                          | <b>386</b>                 | <b>232</b>                |
| <b>dolną lewą</b>                           | <b>398</b>                 | <b>232</b>                |

Pośród osób objętych badaniem 122 osoby miały zaburzenia mowy uniemożliwiające porozumiewanie się, ponad połowa miała zaburzenia świadomości, a ponad 60% cierpiało na porażenia i niedowłady kończyn. Osoby z zaburzoną mową lub świadomością i jednocześnie niezdolne do samodzielnego poruszania się mają

niezaspokojoną potrzebę komunikowania się i zrozumienia ze strony bliskich osób i opiekunów. W sytuacji tych osób, zaspokajanie ich potrzeb sprowadza się do potrzeb związanych z egzystencją biologiczną. Pozostałe niezaspokojone potrzeby są źródłem ich cierpienia, którego nie mogą wypowiedzieć, a opiekunowie rozpoznać. Jedynie osoby najbliższe, kochając i znając ich dotychczasowe życie mogą się tych potrzeb domyślać, ale niestety nie są w stanie ich zaspokoić. Opiekunowie powinni cechować się umiejętnością rozpoznania biografii swego pacjenta co jest szansą na lepsze zrozumienie jego sytuacji, podtrzymywanie rozmowy poprzez nawiązywanie do ważnych dla pacjenta spraw, a nawet na porozumienie się pozawerbalne.

Tabela XI. **Liczba badanych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności**

|   |          | <b>Razem</b> | <b>Kobiety</b> | <b>Mężczyźni</b> |
|---|----------|--------------|----------------|------------------|
| <b>Liczba badanych ogółem</b>                                   |          | <b>618</b>   | <b>377</b>     | <b>241</b>       |
| <b>w tym liczba badanych z orzeczeniem o niepełnosprawności</b> | <b>n</b> | <b>171</b>   | <b>100</b>     | <b>71</b>        |
|   | <b>%</b> | <b>28%</b>   | <b>26,5%</b>   | <b>29,5%</b>     |

Wśród 171 osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności było 100 kobiet i 71 mężczyzn. Tak więc struktura odsetka osób z orzeczeniem niepełnosprawności przedstawia się następująco: kobiety 26,5%, mężczyźni 29,5%. Wszystkie osoby objęte badaniem były przewlekle chore, niepełnosprawne i niesamodzielne, ale tylko 28% badanych miało formalnie orzeczoną niepełnosprawność. Oznacza to, że ponad 70% osób, mimo niekwestionowanej rzeczywistej niepełnosprawności, nie może korzystać z różnych form państwowego systemu wsparcia, by zaspokoić potrzebę kompensowania utraconej sprawności np. uzyskać dofinansowanie zakupu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, otrzymać refundację kosztów adaptacji mieszkania czy sfinansowanie turnusów rehabilitacyjnych itp. Jest niezwykle ważne, żeby opiekunowie mieli wiedzę jak funkcjonuje system wsparcia społecznego, jakie są kryteria kwalifikujące do uzyskania wsparcia i jakie warunki muszą być spełnione, by to wsparcie otrzymać. Zdecydowana większość opiekunów badanych osób nie wiedziała, że istnieje drugi, poza ZUS, system orzekania o niepełnosprawności. Niemal regułą było, że osoba u której niepełnosprawność wystąpiła w okresie emerytalnym nie występowała o orzeczenie niepełnosprawności.

Tabela XII. **Zdolność badanych do samokontroli nad zwieraczami**

| <b>Zdolność do kontroli nad zwieraczami</b> |            |            |                            |
|---|------------|------------|----------------------------|
| <b>Rodzaj</b>                               | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> | <b>Zaburzenia okresowe</b> |
| <b>nietrzymanie stolca</b>                  | <b>336</b> | <b>117</b> | <b>165</b>                 |
| <b>nietrzymanie moczu</b>                   | <b>388</b> | <b>78</b>  | <b>152</b>                 |
| <b>cewnik</b>                               | <b>132</b> | <b>484</b> | <b>2</b>                   |

Około 88% procent osób objętych badaniem cierpiało na nietrzymanie moczu i stolca. Jest to bardzo przykra dolegliwość, bezpośrednio wpływająca na sytuację bio-psycho-społeczną pacjenta. W związku z tą dolegliwością pacjenci mają niezaspokojoną potrzebę czystości, intymności i szacunku do samego siebie. Nie panowanie nad zwieraczami jest dla większości osób synonimem nie panowania nad własnym życiem i przyczyną depresji. Opiekun powinien umieć precyzyjnie dobrać środki pomocnicze chłone mocz, materiały zabezpieczające bieliznę i łóżko oraz uczestniczyć w przeprowadzonym przez pielęgniarkę treningu pęcherza, a także znać sprzęt wspomagający osoby niepełnosprawne w zaspokojeniu potrzeby wydalania i utrzymanie higieny intymnej.<sup>74</sup> Niezwykle ważne jest przestrzeganie prawa pacjenta do intymności. Prawo to, niemal we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej w Polsce, jest lekceważone a pracownicy medyczni oraz kadra zarządzająca nie czują się odpowiedzialni za tworzenie warunków do przestrzegania tego prawa. Ponieważ jednym z podstawowych zadań opiekunów medycznych będzie zaspokajanie potrzeby wydalania i związanej z tym higieny ciała, niezwykle ważne jest wykształcenie w adeptach tego zawodu poczucia odpowiedzialności i umiejętności profesjonalnego ingerowania w sferę intymną chorego człowieka.

<sup>74</sup> Podstawowe narzędzia pracy opiekuna medycznego, które były zastosowane w modelu badawczym zawiera dokumentacja zdjęciowa, zawarta w ANEKSIE

Tabela XIII. **Rodzaje diety zleconej przez lekarzy**

| <b>Rodzaj diety</b>       | <b>Liczba osób</b> |
|---------------------------|--------------------|
| <b>dieta lekkostrawna</b> | <b>282</b>         |
| <b>dieta cukrzycowa</b>   | <b>110</b>         |
| <b>dieta specjalna</b>    | <b>143</b>         |
| <b>dieta płynna</b>       | <b>50</b>          |
| <b>dieta ogólna</b>       | <b>33</b>          |
| <b>Razem</b>              | <b>618</b>         |

Tabela XIV. **Sposób przyjmowania pożywienia**

| <b>Sposób przyjmowania pożywienia</b>         | <b>Liczba osób</b> |
|---|--------------------|
| <b>Doustne</b>                                | <b>593</b>         |
| <b>Karmienie przez sondę lub gastrostomię</b> | <b>25</b>          |
| <b>Razem</b>                                  | <b>618</b>         |

U wielu osób przewlekle chorych nieodzownym elementem leczenia jest dieta. Opiekun medyczny, w toku kształcenia zawodowego, powinien poznać podstawowe zasady żywienia dietetycznego oraz wpływ diety na zdrowie. Obok tej wiedzy opiekunowi niezbędna będzie umiejętność takiego przygotowania posiłku oraz doboru naczyń i sprzętu, by chory mógł samodzielnie się najeść i napić. Niezwykle ważne jest by opiekun znał skutki odwodnienia i niedożywienia, jak również składniki pokarmowe podstawowych diet: lekkostrawnej i cukrzycowej oraz wysokobiałkowej.

Tabela XV. Liczba badanych z odleżynami w dniu rozpoczęcia i zakończenia opieki

| Liczba badanych z odleżynami                     |              |  |                               |     |
|--|--------------|--|-------------------------------|-----|
| w dniu rozpoczęcia opieki, odleżyny od 3 stopnia |              | w dniu zakończenia opieki, nie stwierdzono odleżyn powyżej 2 stopnia |                               |     |
| Liczba osób                                      | Lokalizacja  |  | Liczba osób                   |     |
| 6  | głowa        |  | 2                             |     |
| 5  | bark prawy   |  | 5                             |     |
| 7  | bark lewy    |  | 3                             |     |
| 123  | kość ogonowa |  | 64                            |     |
| 55   | biodro prawe |  | 31                            |     |
| 69   | biodro lewe  |  | 38                            |     |
| 43   | pięta prawa  |  | 24                            |     |
| 40   | pięta lewa   |  | 19                            |     |
| 15   | kostka prawa |  | 7                             |     |
| 12   | Kostka lewa  |  | 8                             |     |
| 375  | Razem        |  | 201                           |     |
|  |              |  |                               |     |
| <b>Odleżyny<br/>1 i 2 stopnia</b>                | 121          | <b>Bez odleżyn</b>   | <b>Odleżyny<br/>wyleczone</b> | 174 |
| <b>Bez odleżyn</b>                               | 122          |  | <b>Razem bez<br/>odleżyn</b>  | 417 |

Odleżyny to jeden ze szczególnie trudnych problemów zdrowotnych chorych osób długotrwale unieruchomionych. Ich obecność jest wykładnikiem jakości opieki pielęgniarstwa. Tylko w niewielkiej części są one wynikiem stanu fizykalnego pacjenta,

np. u chorych wyniszczonych biologicznie w schyłkowej fazie choroby nowotworowej. W badaniach przyjęto zasadę oceny odleżyn według 5-punktowej Skali:

**Stopień I** – blednące zaczerwienienie – reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na działające ciśnienie. Lekki ucisk palca powoduje zblednięcie tego zaczerwienienia co wskazuje, że mikrokrażenie nie jest jeszcze uszkodzone.

**Stopień II** – nieblednące zaczerwienienie, rumień zostaje także po wyeliminowaniu ucisku, może pojawić się powierzchniowy obrzęk, przerwanie ciągłości naskórka i pęcherze, pacjent odczuwa ból.

**Stopień III** – uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany może być wypełnione żółtymi masami rozpadających się tkanek lub czerwoną ziarniną.

**Stopień IV** – uszkodzenie rozciąga się na tłuszczową tkankę podskórną. Występuje zapalenie i zakrzepica małych naczyń skutkująca martwicą tkanki tłuszczowej. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, lecz martwica zaczyna obejmować także otaczające warstwy skóry. Dno rany może być pokryte czarną martwicą.

**Stopień V** – zaawansowana martwica rozpościera się w stronę powięzi i mięśni. Stan zapalny i martwica może obejmować także stawy i kości. Powstają głębokie jamy, które głęboko pod skórą łączą się ze sobą tworząc rozległe „kieszenie”. W ranie znajdują się rozpadające masy martwych tkanek i czarna martwica.

Ponieważ odleżyny 1 i 2 stopnia zostały wyleczone w ciągu kilku dni (121 osób), ocena skuteczności pielęgnacji dotyczyła odleżyn od 3 do 5 stopnia (375 osób). Ponieważ leczenie odleżyn nie było przedmiotem badania a jedynie ujęto je jako problem pielęgnacyjny i wskaźnik skuteczności pielęgnacji, w przedstawieniu tej kwestii zastosowano pewien stopień ogólności. Nie odniesiono się do liczby odleżyn u jednego chorego. Wielu chorych przyjętych do opieki miało więcej niż dwie odleżyny. Byli tacy pacjenci którzy mieli kilkanaście ran odleżynowych. Szczegóły te były odnotowywane w dokumentacji pacjenta ale w arkuszach kodowych wpisywano 1 odleżynę, tę najwyższego stopnia lub największą. W tabeli przedstawiono miejsce usytuowania odleżyny gdyż ma to bezpośredni związek z utrudnieniami w pielęgnowaniu. Wyniki badań pokazują, że ponad 60% pacjentów objętych badaniami, w dniu przyjęcia do zakładu cierpiało z powodu odleżyn. Świadczy to o bardzo poważnych zaniedbaniach

pielęgnacyjnych. Niektórzy z tych pacjentów przyjęci byli w stanie znacznego wyniszczenia biologicznego i w schyłkowej fazie życia. Mimo to, jak pokazuje Tabela XVII, systematyczna profesjonalna pielęgnacja podstawowa pozwoliła na poprawę stanu ogólnego i wyleczenie odleżyn u 174 osób, oraz znaczne ich zmniejszenie i poprawę stanu do 1 lub 2 stopnia. Poprawy nie osiągnięto jedynie u tych pacjentów, którzy po krótkim pobycie w zakładzie zmarli lub byli wypisani do szpitala (27 osób). Opiekunowie w kształceniu teoretycznym oraz w czasie zajęć praktycznych powinni być przygotowani do współpracowania z pielęgniarką, która rany odleżynowe leczy i opatruje, ale przede wszystkim powinni mieć świadomość, że właściwa pielęgnacja ma znaczenie podstawowe w efektywnej profilaktyce czy w skutecznym leczeniu odleżyn. Wszystkie zaniedbania pielęgnacyjne, a więc w zakresie odżywiania, wydalania, higieny ciała, zmiany pozycji ciała i przemieszczania, w przypadku osób, które nie mogą samodzielnie się poruszać, zawsze skutkować będą wystąpieniem ran odleżynowych. Szczególnie niebezpieczna jest sytuacja, gdy osoby te mają problem nietrzymania moczu i nie mogą odpowiednio wcześniej zgłosić potrzeby mikcji.

Tabela XVI. Liczba badanych z uwzględnieniem poziomu niesamodzielności

| Poziom niesamodzielności | W dniu objęcia opieką |
|--------------------------|-----------------------|
| 0 – 20 pkt               | 395 osób              |
| 21 – 60 pkt              | 216 osób              |
| 61 – 100 pkt             | 7 osób                |

Poziom niesamodzielności był oceniany na podstawie skali *Barthel*. Autorka nie zastosowała tu stosowanych w polskim orzecznictwie zasad orzekania o stopniu niepełnosprawności gdyż dotyczy ono zdolności do pracy a nie zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Często sytuacją jest, że osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności, niezdolna do podjęcia pracy może być samodzielna w zaspokojeniu swych codziennych potrzeb. Skala *Barthel* odnosi się jedynie do sprawności w samoobsłudze. Niesamodzielność określana jest tu jako całkowita (do 20 pkt), znaczna (od 21 do 60), umiarkowana (od 61- 100 pkt). Przy dokumentowaniu poziomu samopielęgnacji określano go jako: samodzielny, przy pomocy, niesamodzielny.

Tabela XVII. Średni poziom niesamodzielności wśród badanych

|   |   |
|---|---|
| Średnia łączna liczba punktów w skali <i>Barthel</i> , wszystkich badanych w dniu rozpoczęcia | Średnia łączna liczba punktów w skali <i>Barthel</i> , wszystkich badanych w dniu zakończenia                                 |
| 19.1  | 27.5  |
| Skala oceny zapotrzebowania na opiekę   | [0-20] pkt.-całkowita niesamodzielność<br>[21-60] pkt.-znaczna niesamodzielność<br>[61-100] pkt.-umiarkowana niesamodzielność |

Sprawność prawie 64% badanych, w dniu przyjęcia, nie przekroczyła 20 pkt., a u 35% - 40 pkt. Miało to bezpośredni związek z wprowadzonymi przez NFZ kryteriami kwalifikującymi do opieki długoterminowej. Zaspakajanie potrzeb u wszystkich badanych było całkowicie uzależnione od pomocy innych osób. Ponad połowa badanych nie mogła zaspokoić nawet potrzeby komunikowania się i artykułowania swoich potrzeb, czy to z powodu zaburzonej świadomości czy mowy. W takiej sytuacji niezbędne jest żeby pracownicy medyczni a szczególnie pielęgniarki i opiekunowie medyczni mieli świadomość tych potrzeb oraz wiedzę o tolerowanym czasie niedoboru i umiejętność gradacji potrzeb a także ich zaspokajania.

Obserwacje poczynione w toku procesu badawczego, oraz wyniki badań uwidocznione w Tab. XIX, potwierdziły hipotezę autorki, że można uzyskać poprawę sprawności, nawet w sytuacji gdy opieką zostały objęte tylko osoby w bardzo złym stanie zdrowia i z niepomyślnym rokowaniem. Dzięki systematycznej profesjonalnej pielęgnacji, u wielu z tych osób uzyskano znaczną poprawę ich stanu zdrowia i jakości życia. Uzyskane efekty pozwalają domniemywać, że skuteczność pielęgnacji kompensacyjnej byłaby zdecydowanie większa w przypadku pacjentów z niesamodzielnością umiarkowaną i znaczną.

Tabela XVIII. Średnia liczba problemów zdrowotnych wśród badanych - wg płci

| Średnia liczba ICD: |         |           |
|---------------------|---------|-----------|
| ogółem              | kobiety | mężczyźni |
| 6,0                 | 6,1     | 5,8       |



Wszyscy pacjenci objęci badaniem cierpieli z powodu chorób przewlekłych. Charakteryzowała ich wyraźna wielochorobowość, mianowicie przeciętna liczba chorób przewlekłych i związanych z nimi problemów zdrowotnych wynosiła wśród mężczyzn 5,8 a wśród kobiet była jeszcze wyższa 6,1 (Tab. XX). W związku z tym istotną potrzebą zdrowotną jest stałe przyjmowanie leków, głównie w postaci tabletek. Z uwagi na stan niepełnosprawności, w tym niedowidzenia uniemożliwiającego rozpoznawanie leków, oraz zaburzenia świadomości wszyscy pacjenci potrzebowali pomocy w przyjmowaniu zleconych leków. W Centrum - podobnie jak w każdym innym stacjonarnym zakładzie (ZPO/ZOL) - wydzielaniem leków i pomocą w ich przyjmowaniu zajmuje się pielęgniarka, ale w domach opieki lub w domu pacjenta, gdzie nie ma pielęgniarki, tymi czynnościami zajmuje się opiekun. Dlatego też w procesie edukacji opiekun powinien zyskać wiedzę o postaciach leków, zasadach ich przyjmowania, kompetencjach do udzielania pacjentowi pomocy w przyjmowaniu leków. Także dane statystyczne GUS potwierdzają powszechność chorób przewlekłych i zjawisko wielochorobowości u osób w starszych grupach wiekowych.

Tabela XIX. Średnia liczba chorób przewlekłych na 1 Polaka – wg wieku i płci

| Średnia liczba chorób na osobę | ogółem     | mężcz. | kobiety | ogółem                       | mężcz. | kobiety |
|--------------------------------|------------|--------|---------|------------------------------|--------|---------|
| wiek                           | na 1 osobę |        |         | na 1 osobę obecnie chorującą |        |         |
| Ogółem                         | 1,26       | 0,97   | 1,52    | 2,48                         | 2,19   | 2,68    |
| 15-19 lat                      | 0,28       | 0,25   | 0,31    | 1,34                         | 1,29   | 1,38    |
| 20-29                          | 0,34       | 0,27   | 0,41    | 1,42                         | 1,32   | 1,49    |
| 30-39                          | 0,54       | 0,41   | 0,67    | 1,6                          | 1,42   | 1,73    |
| 40-49                          | 0,98       | 0,81   | 1,15    | 1,98                         | 1,81   | 2,11    |
| 50-59                          | 1,85       | 1,54   | 2,14    | 2,58                         | 2,32   | 2,79    |
| 60-69                          | 2,6        | 2,2    | 2,91    | 3,11                         | 2,81   | 3,32    |
| 70 lat i więcej                | 3,19       | 2,74   | 3,44    | 3,5                          | 3,11   | 3,7     |

Źródło: Rocznik Statystyczny, stan na 31 grudnia 2005

Tabela XX. Najczęstsze choroby i problemy zdrowotne występujące wśród osób objętych badaniem – wg ICD - 10

| Liczba badanych | Choroby i problemy zdrowotne - wg ICD-10  |
|-----------------|---|
| 265             | G81 Porażenie połowicze G82 Porażenie kończyn dolnych i porażenie cztero kończynowe |
| 244             | I69 następstwa chorób naczyń mózgowych  |
| 240             | I10 nadciśnienie (samoistne)  |
| 203             | I 64 I63 Udar mózgu   |
| 164             | I70 Miażdżycza  |
| 134             | F09 Zaburzenia psychiczne,  |
| 119             | I25 Przewlekła choroba niedokrwienne serca  |
| 117             | E10 Cukrzyca insulinozależna  |
| 110             | I50 Niewydolność serca  |
| 103             | I48 Migotanie przedsionków  |
| 102             | F01 Ołepienie naczyniowe  |
| 88              | L89 Owrzodzenie odleżynowe, odleżyny  |
| 74              | S72 Stan po złamaniu kości udowej   |
| 73              | J15 Zapalenie płuc niesklasyfikowane gdzie indziej                                  |
| 70              | M15 Zwyrodnienia wielostawowe   |
| 60              | M80 Osteoporoza ze złamaniem patologicznym  |
| 54              | G20 Choroba Parkinsona  |
| 48              | R54 Starość   |
| 48              | F03 Ołepienie bliżej nieokreślone   |
| 42              | G40 Padaczka  |
| 38              | I79 Zaburzenia tętnic i tętniczek   |
| 35              | E41 Wyniszczenie z niedożywienia  |
| 32              | S06 Uraz śródczaszkowy  |
| 31              | I61 Krwotok mózgowy   |
| 30              | F33 Zaburzenia depresyjne nawracające   |

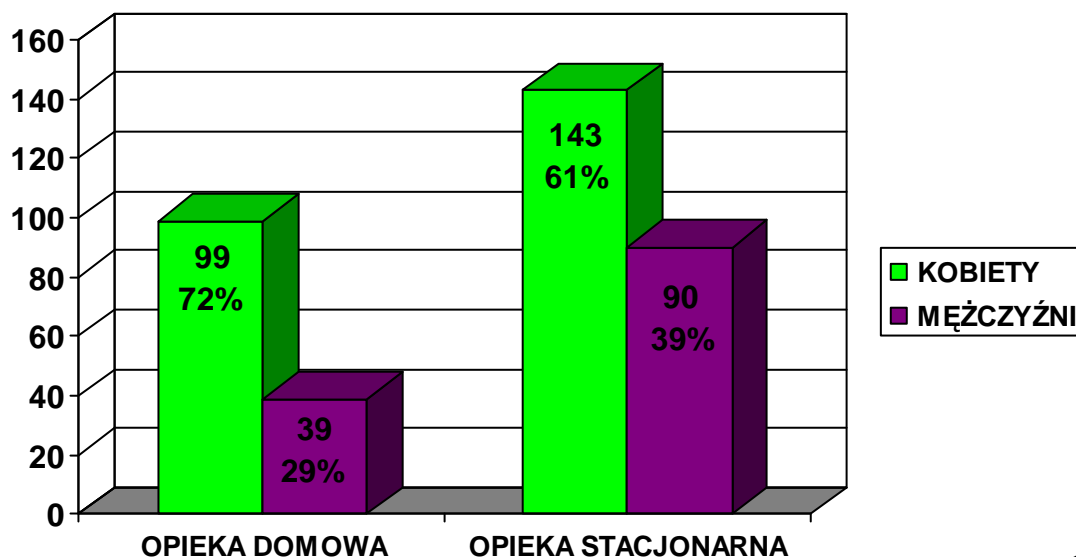
| <b>Liczba badanych</b> | <b>Choroby i problemy zdrowotne - wg ICD-10</b>                  |
|------------------------|--|
| 27                     | I15 Nadciśnienie wtórne  |
| 24                     | N40 Rozrost gruczołu krokowego                                   |
| 23                     | M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa                             |
| 23                     | N18 Przewlekła niewydolność nerek                                |
| 22                     | G30 Choroba Alzheimera   |
| 21                     | N39 Zaburzenia układu moczowego                                  |
| 21                     | F32 Epizod depresyjny  |
| 20                     | S02 Złamanie czaszki i kości twarzoczaszki                       |
| 18                     | L97 Owrzodzenie kończyny dolnej nie sklasyfikowane gdzie indziej |
| 18                     | M81 Osteoporoza bez patologicznego złamania                      |
| 17                     | F00 Ośpienie w chorobie Alzheimera                               |
| 17                     | I46 Zatrzymanie krążenia   |
| 17                     | G35 Stwardnienie rozsiane  |
| 16                     | K80 Kamica żółciowa  |
| 15                     | T07 Nieokreślone liczne urazy                                    |
| 15                     | T90 Następstwa urazów głowy                                      |
| 15                     | I74 Zator i zakrzep tętniczy                                     |
| 15                     | M16 Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych                     |
| 14                     | K25 Wrzód żołądka  |
| 14                     | E66 Otyłość  |
| 14                     | H90 Głuchota   |
| 14                     | H54 Ślepotą i upośledzenie widzenia                              |
| 13                     | S12 Złamania w obrębie szyi                                      |
| 13                     | T88 Powikłania pooperacyjne                                      |
| 13                     | M21 Inne nabyte zniekształcenia kończyn, przykurcze              |
| 12                     | I80 Zakrzepowe zapalenie żył                                     |

Wyżej wymienione choroby i ich skutki uzależniają człowieka od pomocy innych ludzi. Wytyczają także zakres niezbędnej pomocy i zasady jej udzielania. Niestety większość pacjentów objęta badaniem znajdowała się w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej z utrwalonymi skutkami zaniedbań pielęgnacyjnych i nieprofesjonalnego udzielania pomocy w zaspokajaniu potrzeb (deprywacja potrzeb). Stan zdrowia wszystkich potencjalnych klientów opieki długoterminowej, wskazuje na konieczność ścisłej współpracy pielęgniarki z opiekunem oraz wyćwiczenie u opiekuna umiejętności obserwacji, weryfikacji dokonywanych spostrzeżeń, odnotowywania ich w dokumentacji pielęgnowania i realizacji zespołowych celów.

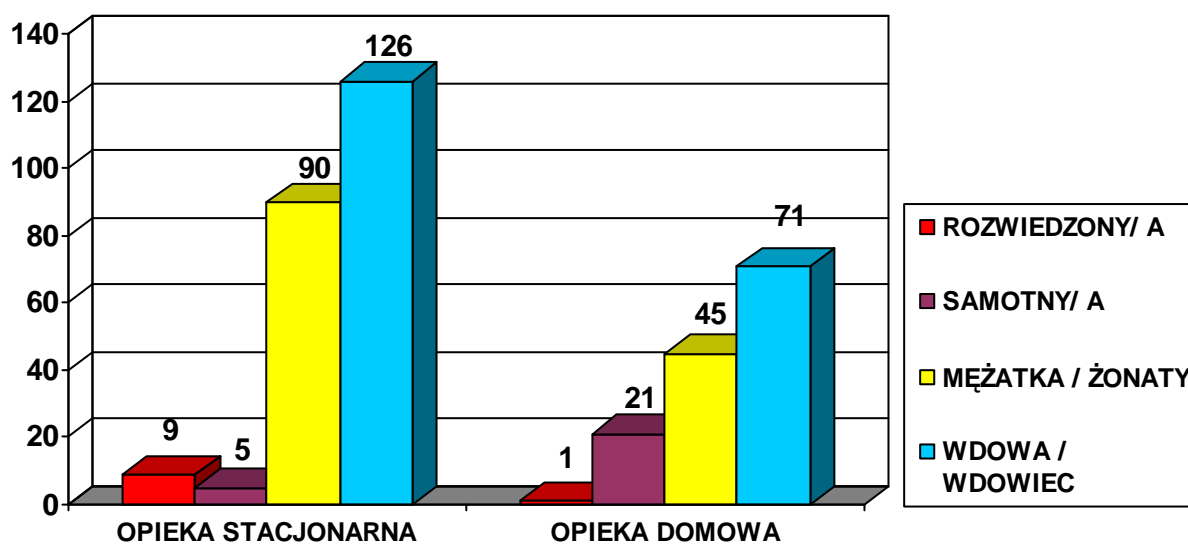
## 5.2. Badanie II – Efektywność modelu opieki długoterminowej opartego na pielęgnacji kompensacyjnej

Celem tego badania było zbadanie efektywności modelu kompleksowej opieki długoterminowej, w ramach którego pielęgniarki, opiekunowie i terapeuci realizowali koordynowane i komplementarne świadczenia, zgodnie z autorską koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej. Efektywność oceniano poprzez porównanie 2 grup „eksperymentalnej” i „kontrolnej”, czyli pacjentów objętych: 1) opieką stacjonarną, gdzie była zastosowana kompleksowa opieka oparta na pielęgnacji kompensacyjnej, z 2) długoterminową opieką domową ograniczoną do godzinnych wizyt pielęgniarki średnio 4 razy w tygodniu. Kryterium porównawcze stanowiły parametry dotyczące stanu pacjenta w dniu przyjęcia do opieki oraz w dniu wypisu.

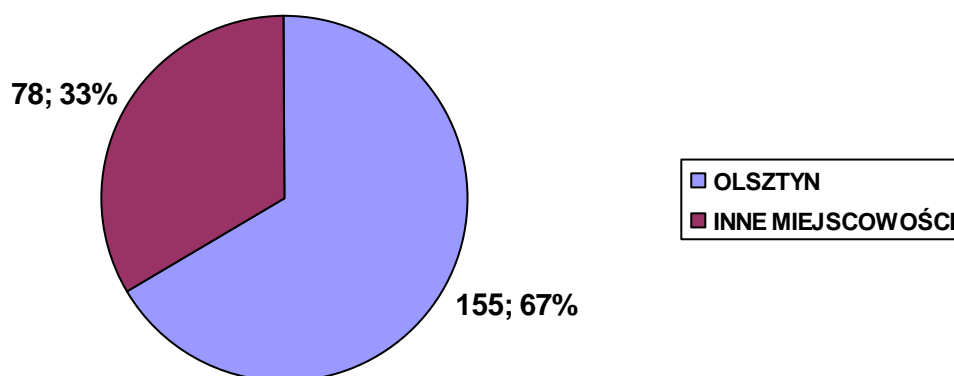
Rycina 8. Badani objęci opieką domową i opieką stacjonarną - wg płci



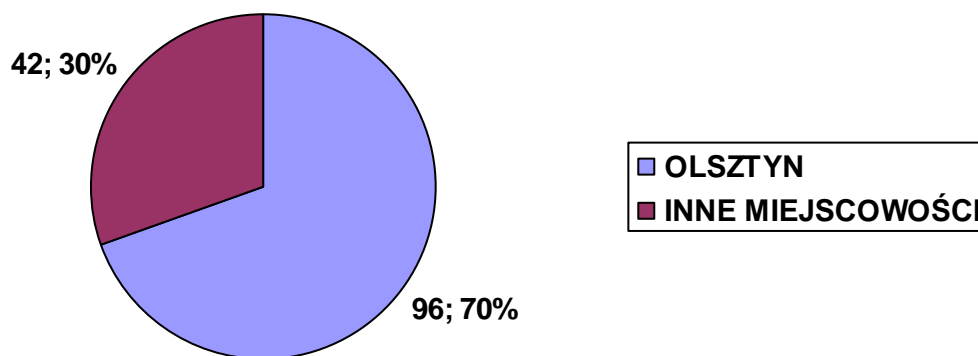
Rycina 9. Stan cywilny badanych – wg rodzaju opieki



Rycina 10. Miejsce zamieszkania badanych- opieka stacjonarna

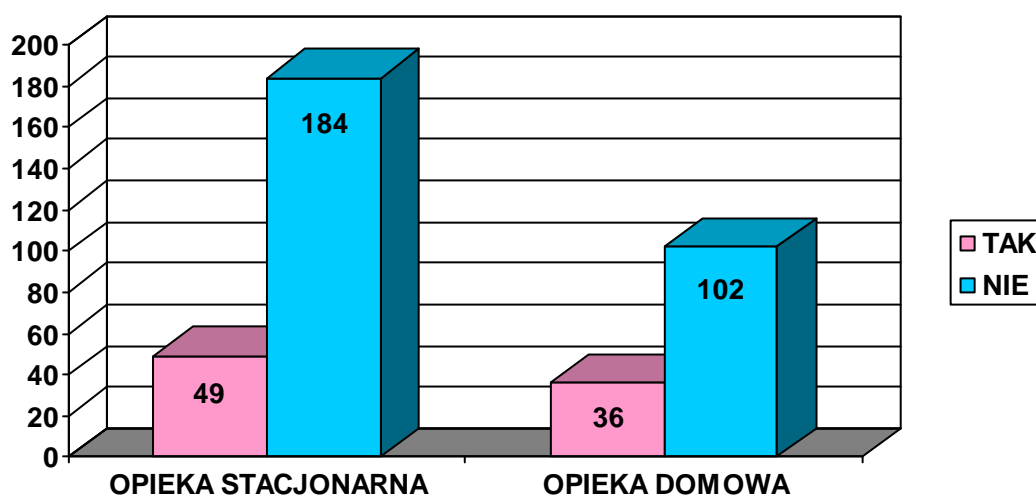


Rycina 11. Miejsce zamieszkania badanych objętych opieką domową



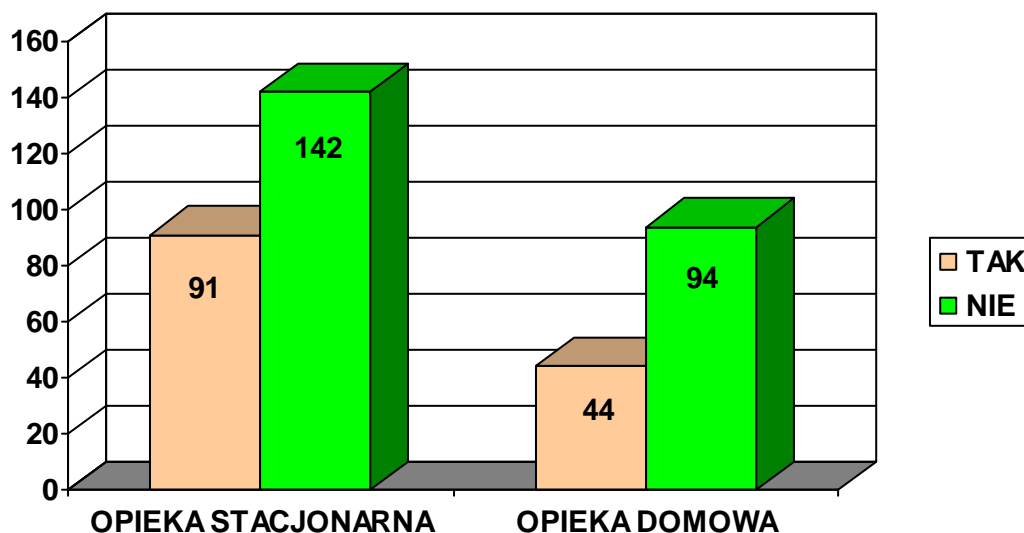
Powyższe porównanie wyników badań wskazuje, na duże podobieństwo obu badanych grup. W obu przeważały kobiety, wdowy, około 70% badanych mieszkało w Olsztynie.

Rycina 12. **Odsetki badanych z założonym cewnikiem wśród objętych opieką stacjonarną i opieką domową**



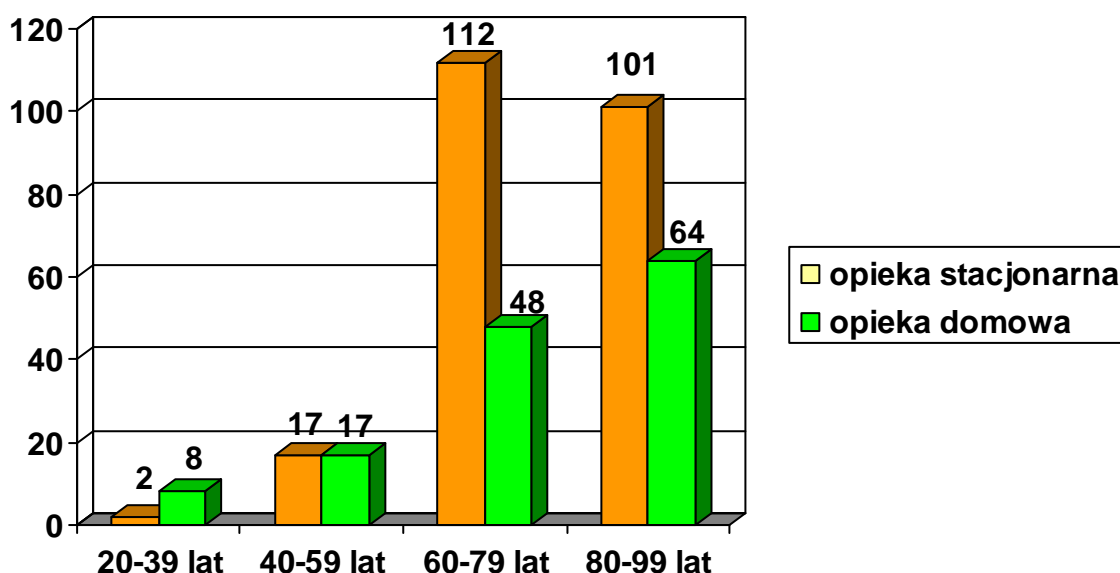
Prawie 2/3 badanych w obu grupach miało nietrzymanie moczu znacznego stopnia i założony cewnik, głównie z powodu zabezpieczenia rozległych ran odleżynowych przed drażniącym działaniem moczu. Zasadą było, że w opiece stacjonarnej, w pierwszych dniach pobytu, po przeprowadzeniu obserwacji, cewnik usuwano. W wyjątkowych okolicznościach cewnik był utrzymywany dłużej niż trzy doby. Było to możliwe gdyż w leczeniu odleżyn stosowane były nowoczesne opatrunki, skutecznie zabezpieczające ranę przed zanieczyszczeniem.

Rycina 13. **Odsetki badanych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności** wydawane przez zespoły ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności – wśród objętych opieką stacjonarną i opieką domową.



W obu grupach duża liczba badanych nie miała orzeczenia o stopniu niepełnosprawności co świadczy o niewiedzy na temat możliwości uzyskania wsparcia społecznego. Fakt ten należy oceniać w kontekście, że zdecydowana większość badanych chorowała od wielu lat i była pod opieką wielu instytucji obu systemów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a do Centrum trafiała w zaawansowanej fazie choroby w stanie niemal całkowitej niesamodzielności. Oznacza to, że nikt nie poinformował tych osób o przysługujących im prawach, jak również nikt nie udzielił profesjonalnej pomocy w ograniczeniu skutków niepełnosprawności.

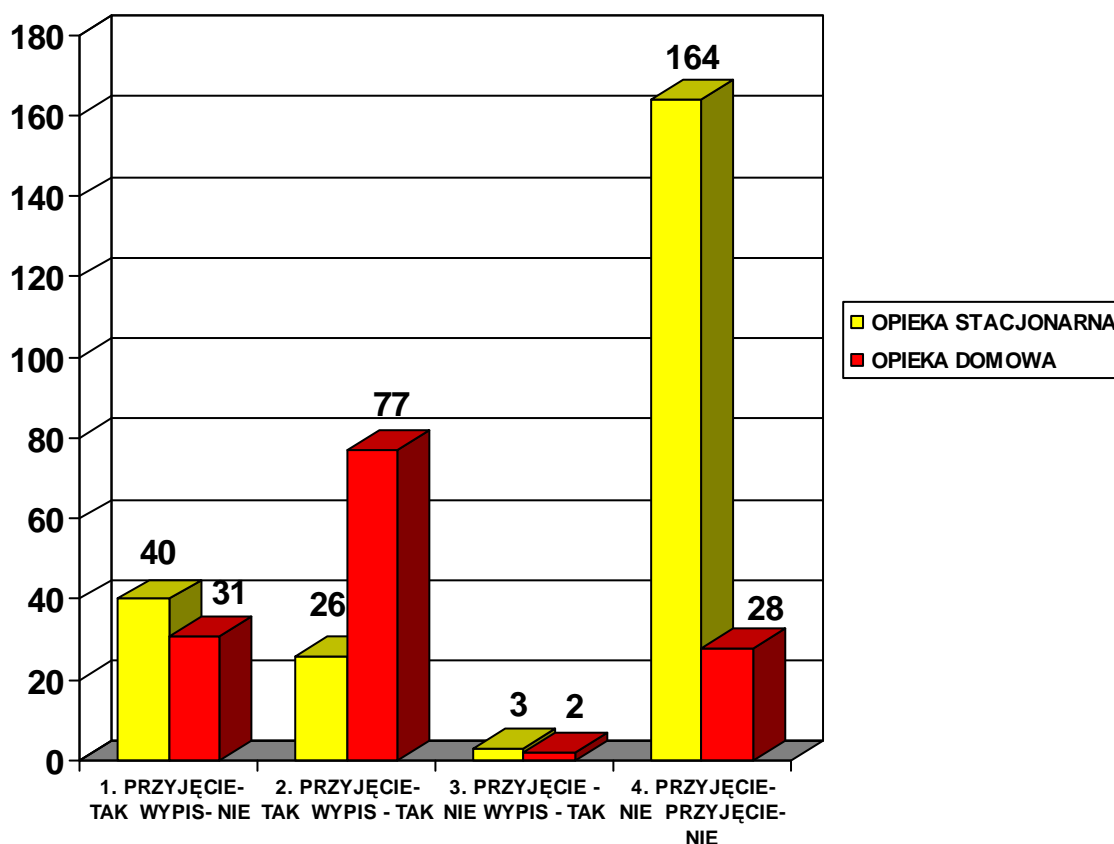
Rycina 14. **Badani objęci opieką stacjonarną i domową – wg wieku**



Także wiek badanych w obu grupach jest porównywalny. Średnia wieku pacjentów w opiece domowej wynosił 71 lat, a w opiece stacjonarnej 75 lat.

Odleżyny – to jeden ze szczególnie trudnych problemów pielęgnacyjnych. Ich obecność jest kryterium wskazującym na złą jakość opieki pielęgnarskiej. Coraz częściej wnoszone są pozwy przeciwko zakładom opieki zdrowotnej o zaistnienie odleżyn w trakcie hospitalizacji. Ich obecność – z podziałem na okres przyjęcia i wypisu oraz rodzaj opieki (stacjonarna bądź domowa) – przedstawiono na ryc.17. Narastający brak pielęgniarek i częste skargi pacjentów na brak właściwej opieki wskazują na potrzebę wprowadzenia do zakładów opieki zdrowotnej dodatkowej kadry do której obowiązków należałoby pielęgnowanie pacjentów niesamodzielnych.

Rycina 15. **Badani z odleżynami przy przyjęciu i przy wypisie – z podziałem na opiekę stacjonarną i domową.**



40 pacjentów w opiece stacjonarnej w dniu przyjęcia miało odleżyny, które zostały wyleczone, natomiast w opiece domowej takich pacjentów było 31 (kolumny nr 1.),

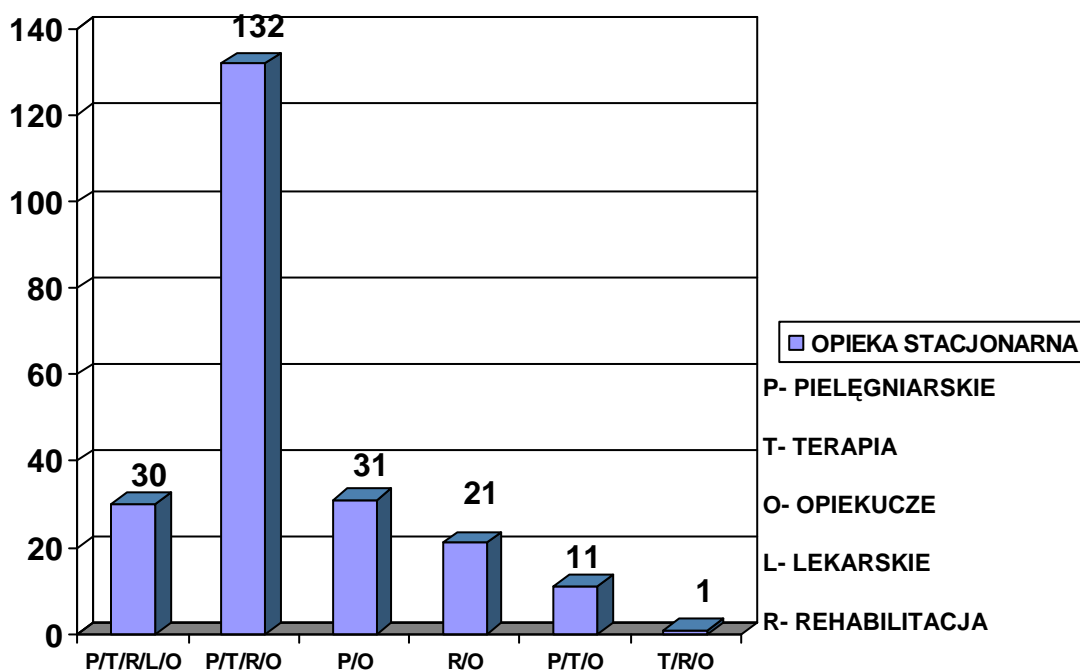
26 pacjentów w opiece stacjonarnej miało odleżyny w dniu przyjęcia i w dniu wypisu, natomiast w opiece domowej takich pacjentów było 77 (kolumny nr 2.), wynik ten dotyczy głównie pacjentów, którzy byli przyjęci w bardzo ciężkim stanie zdrowia i umarli w krótkim czasie po objęciu opieką,

3 pacjentów z opieki stacjonarnej w dniu przyjęcia nie miało odleżyn, a w dniu wypisu miały, natomiast takich pacjentów w opiece domowej było 2 (kolumny nr 3.),

164 pacjentów z opieki stacjonarnej, nie miało odleżyn, w opiece domowej takich pacjentów było 28 (kolumny nr 4.).



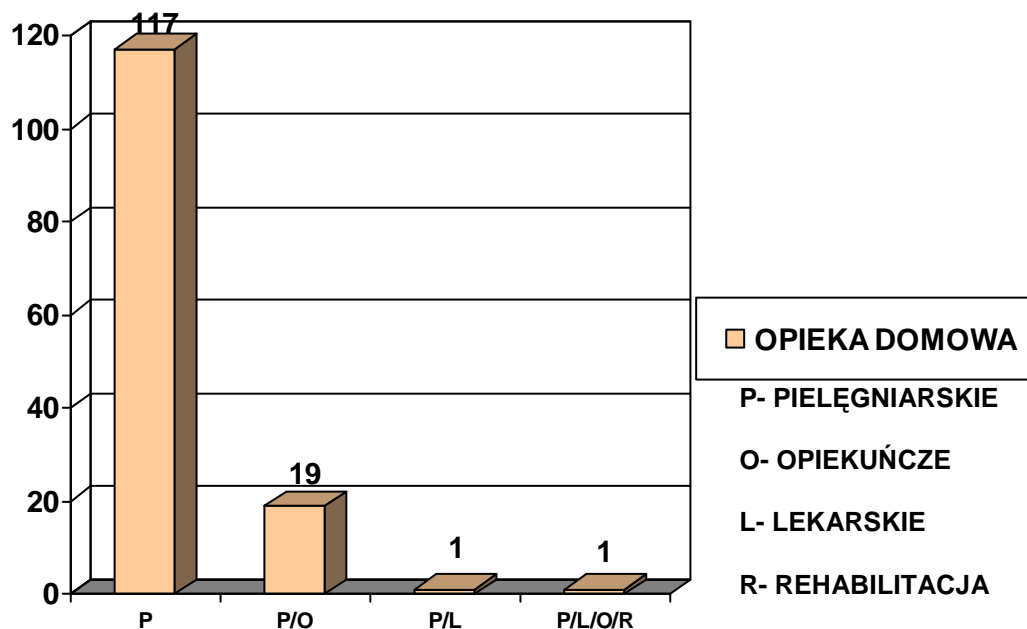
Rycina 16. Zakres świadczeń – opieka stacjonarna



Pacjenci korzystający z opieki stacjonarnej w modelu kompleksowej opieki długoterminowej byli objęci pomocą w formie zespołu terapeutycznego obejmującego świadczenia pielęgniarские, pielęgnację świadczoną przez opiekunów, terapeutów (psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy). Ponadto w opiece stacjonarnej była dostępna także specjalistyczna opieka lekarska. Stan przyjmowanych pacjentów był bardzo ciężki, niekiedy tak bardzo, że po kilku dniach pobytu pacjenci wracali do szpitala gdyż wymagali leczenia szpitalnego a nie pielęgnacji. Bardzo często zdarzało się, że informacje lekarskie w kartach wypisowych pacjentów oraz w skierowaniach pacjenta do Centrum, nie oddawały rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta. Najczęściej pomijana była informacja, że chory ma odleżyny. W opiece stacjonarnej 30 pacjentów korzystało z wszystkich form opieki, ale mieli niewyrównany stan zdrowia i potrzebowali cyklicznych specjalistycznych konsultacji lekarskich. 132 pacjentów miało względnie stabilny stan zdrowia, korzystali z różnych świadczeń, ale efekt oddziaływania, czyli poprawa sprawności, był zależny od ich stanu psychicznego. Wszyscy pacjenci korzystali przede wszystkim z opieki opiekunów medycznych świadczonej zgodnie z koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej i wszyscy uczestniczyli w jakiejś formie terapii. Tym samym świadczenia opiekunów jako niezbędne w realizacji opieki nad każdym pacjentem, nadają tej grupie zawodowej status kadry

podstawowej. W opiece długoterminowej jest to fundament pod świadczenia zdrowotne pielęgniarские i terapeutyczne.

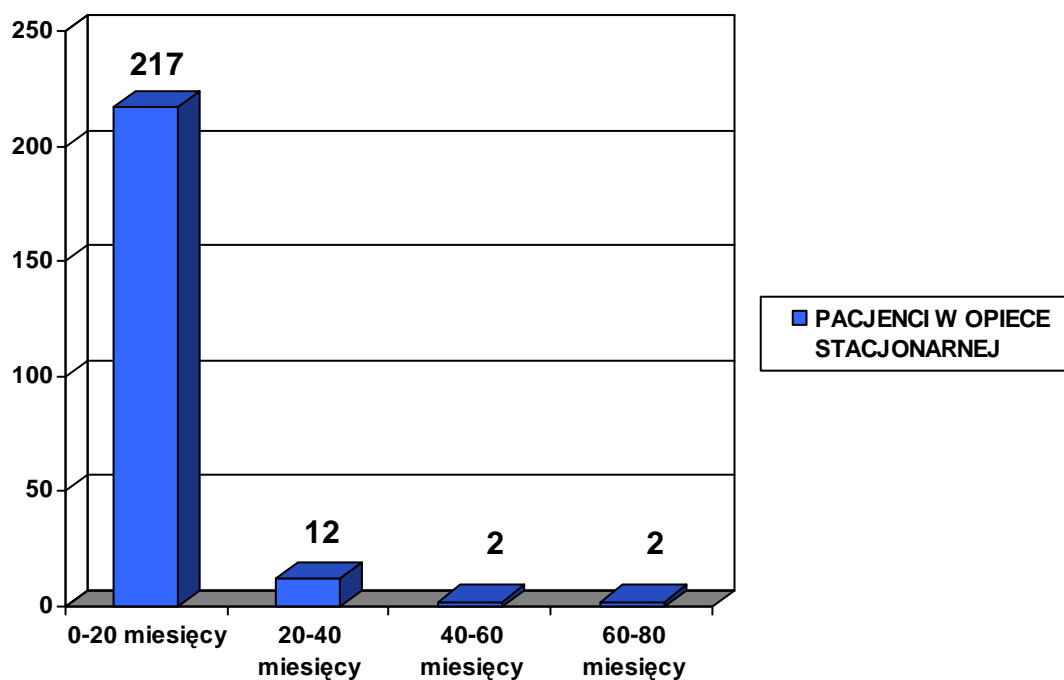
Rycina 17. Zakres świadczeń- opieka domowa



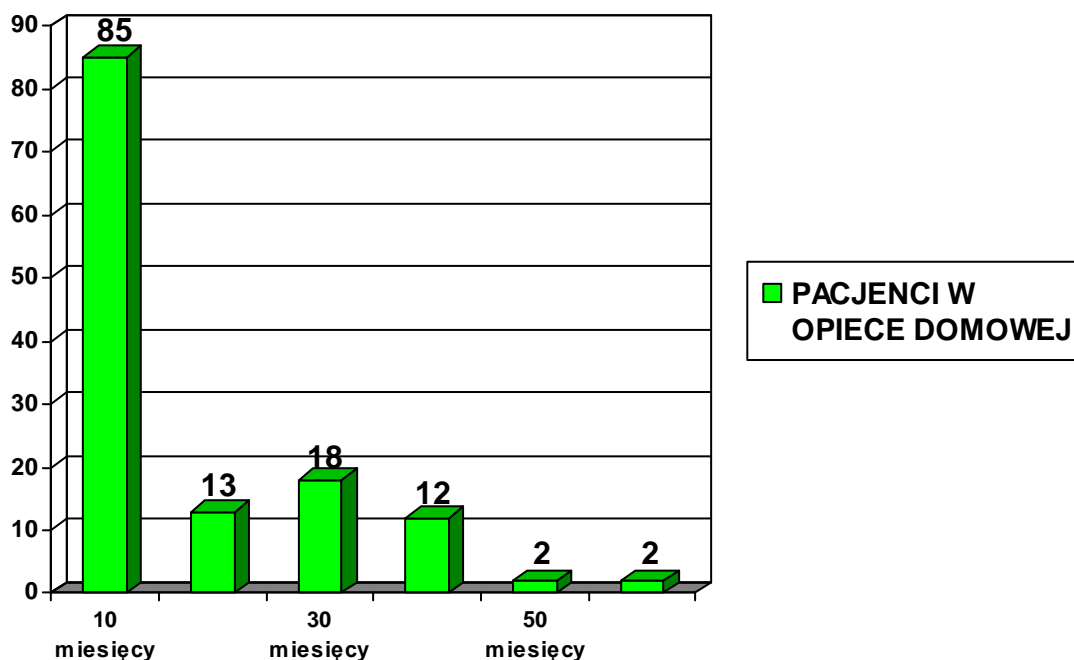
W opiece domowej pacjenci byli objęci tylko opieką pielęgniarскую, a w jej ramach korzystali ze świadczeń związanych z kontynuacją leczenia takich jak iniekcje, wlewy kroplowe, opatrunki, pielęgnowanie pacjentów ze stomią itp.

19 pacjentów korzystało z usług opiekuńczych, ale realizowanych poza modelem badawczym przez pracowników innych firm, zatrudniających pracowników bez kwalifikacji, nawet nie przyuczonych do wykonania zadań pielęgnacyjnych i do tego w ramach umowy - zlecenia. Nie było możliwe narzucenie im koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, obserwowanie i dokumentowanie ich świadczeń. 1 osoba była objęta opieką lekarza rehabilitanta zatrudnionego w ramach modelu badawczego, a u jednej osoby prowadziliśmy w warunkach domowych kompleksową opiekę długoterminową, w tym rehabilitację usprawniającą łącznie z opieką lekarza rehabilitanta, świadczenia pielęgniarские, pielęgnację realizowaną przez przeszkolonego opiekuna medycznego oraz usługi wypożyczalni sprzętu. Celem było sprawdzenie możliwości zorganizowania kompleksowej opieki domowej i wyliczenia jej kosztów. Opieka ta dotyczyła pacjenta z bardzo poważnymi skutkami długotrwałego unieruchomienia i w zdecydowany sposób poprawiła jego stan zdrowia, sprawności oraz jakość życia.

Rycina 18. Czasokres w miesiącach objęcia badanych opieką stacjonarną



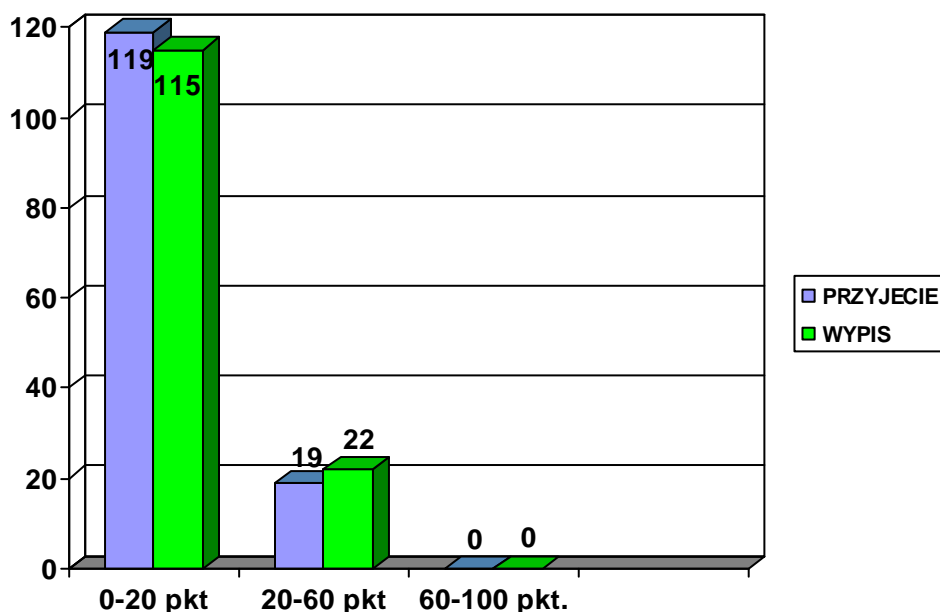
Rycina 19. Czasokres w miesiącach objęcia badanych opieką domową



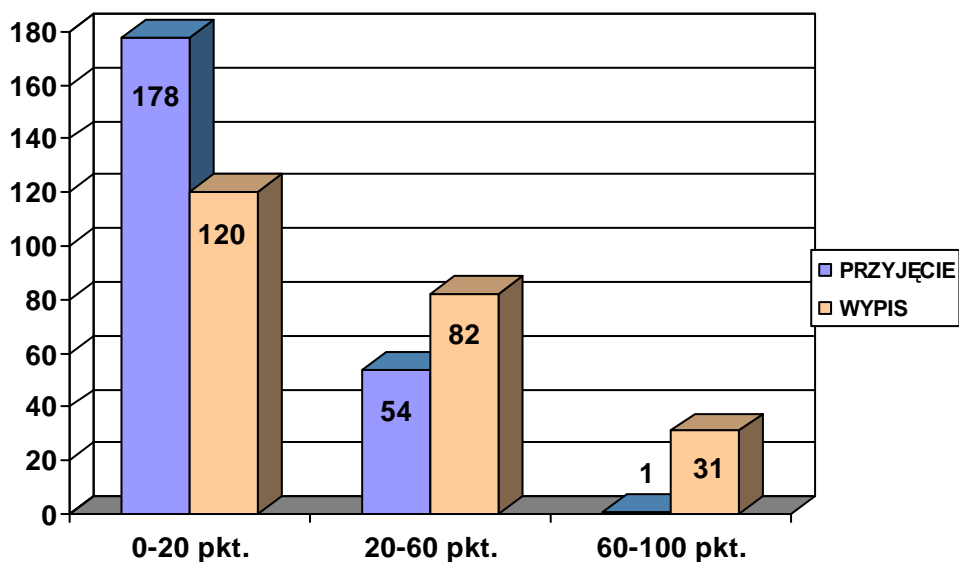
Średni czas pobytu w opiece stacjonarnej wynosił 6 miesięcy a w opiece domowej 12 miesięcy. Różnica wynika ze skutecznego oddziaływania systematycznej profesjonalnej pielęgnacji połączonej z oddziaływaniem innych terapeutów, ale także z odmowy NFZ

finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych u pacjentów ZOL czy ZPO, których stan uległ poprawie i sprawność ich przekroczyła 40 pkt w skali *Barthel*.

Rycina 20. Poziom samodzielności według skali *Barthel* badanych objętych opieką domową



Rycina 21. Poziom samodzielności według skali *Barthel* badanych objętych opieką stacjonarną



Średnio pacjenci objęci opieką domową mieli przy przyjęciu 8,5 pkt., a przy wypisie 10 pkt. Natomiast w opiece stacjonarnej pacjenci przy przyjęciu mieli średnio - 12 pkt., a przy wypisie 28 pkt. Wykresy obrazują wyraźną różnicę między wynikiem

jaki udało się uzyskać w obu grupach badawczych. Tak jak autorka podkreślała wyżej, model został wpisany w obowiązujące prawo i w pełni zostały doświadczone wszystkie ograniczenia jakie system narzuca, a więc po pierwsze ograniczone źródło finansowania – poważne niedoszacowanie, po drugie ograniczenie dostępności do świadczeń poprzez narzucenie limitów przyjęć, po trzecie kryteria kwalifikowania do opieki otwierające system opieki długoterminowej tylko dla pacjentów w złym stanie zdrowia wymagającym systematycznych świadczeń pielęgniarских związanych z kontynuacją leczenia, całkowicie niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Przy ocenie skuteczności pielęgnacji kompensacyjnej należy uwzględnić fakt, że z uwagi na powyższe systemowe ograniczenia, można ją tylko ukazać i opisać na tle ciężko chorych ludzi z negatywnymi rokowaniami. Świadczy o tym fakt, że co szósta osoba objęta pielęgnacją w ramach modelu badawczego zmarła. Często osoba umierała po kilkumiesięcznym pobycie w Centrum i okresowej znacznej poprawie zdrowia oraz sprawności. W badaniach zgon traktowano tak jak wypis, a sprawność z natury rzeczy była oceniana na poziomie 0 pkt. w skali *Barthel*, co bezpośrednio przełożyło się na zaniżenie uśrednionego wyniku efektywności pielęgnacji kompensacyjnej.

Autorka zrezygnowała z ukazania najlepszego okresowo osiągniętego efektu pielęgnacji kompensacyjnej gdyż zafałszowałoby to obraz rzeczywistego końcowego wyniku. Nie mniej dla osób w tak ciężkim stanie zdrowia każda istotna poprawa, nawet jeżeli tylko okresowa jest nie do przecenienia.

## 6. Podsumowanie wyników badań

Badanie polegało na obserwacji stworzonego przez autorkę modelu kompleksowej opieki długoterminowej w celu oceny efektywności jego oddziaływania na 1) stan zdrowia (stan kliniczny) i 2) sprawności przewlekle chorego oraz adekwatności pielęgnacji kompensacyjnej do jego potrzeb. Kryterium oceny było porównanie stanu psychofizycznego pacjentów:

- 1) w dniu objęcia opieką,
- 2) w dniu wypisu.

### **Weryfikacja hipotezy badawczej**

Wyniki badań potwierdziły stawianą przez autorkę hipotezę, że poprawa jakości opieki długoterminowej jest możliwa. Jakość opieki w modelu badawczym warunkowała standaryzacja postępowania pielęgnacyjnego i terapeutycznego, oparta na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej oraz kompleksowość świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i opiekunów we współpracy z innymi terapeutami.

Badania własne potwierdziły, że około 80% czasu opieki personel przeznaczał na czynności wchodzące w zakres podstawowej pielęgnacji. W związku z wyraźnie odczuwanym brakiem pielęgniarek rozszerzenie kręgu pielęgnujących profesjonalistów było organizacyjną koniecznością. Przeprowadzone badania własne, zweryfikowały nową ideę w podejściu do osoby objętej pielęgnacją i opieką. Przedmiotem rozpoznania i terapeutycznego oddziaływania był nie tylko deficyt zdrowotny oraz sprawnościowy ale przede wszystkim tkwiące w człowieku rezerwy psychiczne i fizyczne, które mogą wzmacniać proces kompensowania utraconej sprawności. Zgodnie z autorską koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej, opiekunowie medyczni, mimo, że są medycznym personelem pomocniczym, w opiece długoterminowej stanowią kadrę podstawową, gdyż wykonują podstawowy zakres świadczeń tworząc bazę dla działań pielęgniarek oraz całego zespołu terapeutycznego mającego wspólny cel. Celem tym jest wyćwiczenie umiejętności u chorej osoby niepełnosprawnej samodzielnego zaspokajania swych podstawowych potrzeb życiowych, z wykorzystaniem technik oraz

nowoczesnych technologii kompensujących utraconą sprawność. Pozwoli to na zmniejszenie uzależnienia od instytucjonalnej pomocy, w wymiarze indywidualnym i społecznym oraz kosztów ponoszonych na leczenie skutków zaniedbań pielęgnacyjnych.

Mimo, że wszystkie teorie pielęgnarskie podkreślają pierwszorzędne znaczenie pielęgnacji podstawowej, w praktyce zawodowej polskich pielęgniarek, jest ona zupełnie marginalizowana.

Ten brak zainteresowania pielęgniarek osobistym pielęgnowaniem niesamodzielnych chorych jest związany głównie z brakiem pielęgniarek w szpitalach, gdzie priorytetem jest proces diagnozy i leczenia, ale także wynika z poziomu wykształcenia. Narastający brak pielęgniarek oraz organizacyjna niemożność wykonywania przez nie pielęgnacji podstawowej, był powodem stworzenia przez autorkę wizji opieki długoterminowej, gdzie kadre podstawową stanowiliby inni, niż pielęgniarki, pracownicy zajmujący się pielęgnowaniem chorych – opiekunowie medyczni. Ich misję zawodową wizualizuje koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej.

Przeprowadzone badanie przyniosło odpowiedź na podstawowe pytanie: jak poprawić jakość i dostępność do opieki długoterminowej w Polsce? Odpowiedź brzmi: należy skoncentrować się na standaryzacji podstawowej pielęgnacji i zastrzec w prawie kompetencje pielęgniarek do jej zlecenia i nadzoru oraz wzmocnić system kompensowania utraconej sprawności w zakresie samoopieki (refundacje).

Kluczem do dobrej jakości opieki długoterminowej są świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze - wykonywane przez opiekunów na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarek.

Wyniki badań ukazały obraz przeciętnego pacjenta kwalifikowanego do opieki długoterminowej w Polsce oraz tragiczne skutki zaniedbań pielęgnacyjnych i ograniczone możliwości ich niwelowania. Badania potwierdzają, że profilaktyka

powinna być tu traktowana priorytetowo, a w związku z tym, profesjonalną opieką długoterminową powinni być objęci wszyscy ludzie z ograniczoną zdolnością do samopielęgnacji. Oczywiście zakres udzielanej pomocy powinien być adekwatny do potrzeb.

Wyniki badań - odzwierciedlające stan biologiczny pacjentów przyjmowanych do opieki w ramach modelu - wskazują, że pielęgnacja podstawowa powinna być przedmiotem szczególnej troski społecznej, gdyż jej dobra jakość skutecznie zapobiega zaniedbaniom generującym poważne koszty w systemie ochrony zdrowia.

Oferta opieki długoterminowej powinna być kierowana do chorych z ograniczoną samodzielnością, w każdym wieku z każdą jednostką chorobową prowadzącą do ograniczenia sprawności psychofizycznej. Autorka podkreśla, że nie są to tylko ludzie w zaawansowanym wieku, ale także liczna grupa pacjentów w młodszym wieku, np. po urazach wielonarządowych, urazach rdzenia kręgowego, ze stwardnieniem rozsianym, z zaawansowanym reumatoidalnym zapaleniem stawów, chorych na cukrzycę przebiegającą z powikłaniami narządowymi itp. Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej scalała w modelu badawczym wszystkie elementy kompleksowej opieki długoterminowej w logiczny system działań, wzmacniając świadczenia poszczególnych pracowników medycznych, tak że nawet pacjenci ze złym rokowaniem, w schyłkowej fazie życia doznawali wyraźnej ulgi w cierpieniu a nawet okresowej poprawy stanu zdrowia. W wielu przypadkach udało się istotnie poprawić sprawność i samopoczucie obłożnie chorych osób, co potwierdzają wyniki badań. W odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie społeczne, Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził do wykazu produktów oferowanych ubezpieczonym w zakresie opieki długoterminowej, pielęgniarzką opiekę domową. W katalogu świadczeń domowych znalazły się świadczenia pielęgniarzkie związane z kontynuacją zaleconego leczenia i wykonywaniem takich czynności jak wlewy kroplowe, opatrunki, karmienie przez sondę, iniekcje itp. Niestety w tej formie opieki, w okresie badań, nie było możliwości prawnych i finansowych wprowadzenia dodatkowych pracowników – opiekunów medycznych, którzy świadczyli by profesjonalną pielęgnację podstawową. Kryteria kwalifikujące do tej formy opieki długoterminowej są identyczne jak w opiece



stacjonarnej, mogą to być osoby przewlekle chore, całkowicie niesamodzielne (do 40 pkt w skali *Barthel*) i wymagające systematycznych świadczeń pielęgniarских, określonych zarządzeniem prezesa NFZ. W odróżnieniu od zakładu stacjonarnego, gdzie było możliwe zatrudnienie opiekunów, tutaj podstawową pielęgnacją i opiekę sprawowali nieprofesjonaliści (rodzina, opiekunki bez kwalifikacji) i w związku z tym w opiece domowej nie można było wdrożyć koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej. Niestety, mimo usiłowań autorki nie można było również wdrożyć usług opiekuńczych (z pomocy społecznej) komplementarnych i koordynowanych ze świadczeniami pielęgniarскими, finansowanymi z NFZ. Było to związane z trybem przydzielania usług opiekuńczych przez gminne ośrodki pomocy społecznej. Firmy opiekuńcze były wybierane w drodze przetargu, przeprowadzanego na wyznaczone rejony miasta, z podstawowym kryterium ceny. W efekcie walki o rynek, firmy oferowały usługi za cenę, która nie pozwalała zatrudniać opiekunki w ramach umowy o pracę, nawet za najniższe ustawowe wynagrodzenie. Firmy wybrane w przetargach zatrudniały niewykwalifikowane osoby na podstawie umowy-zlecenia, za bardzo niskie stawki, bez prawa do urlopu, zwolnienia lekarskiego. Taki stosunek pracy wykluczał precyzyjne przydzielanie zadań, precyzyjne dokumentowanie i wypełnianie arkuszy obserwacyjnych, wprowadzenie regulaminu pracy i stałego nadzoru merytorycznego. Tak więc, pacjenci objęci pielęgniarską opieką długoterminową w ramach badań własnych, korzystali z usług opiekuńczych realizowanych przez inne firmy nie wyrażające zgody na udział w prowadzonych badaniach.

Ta sytuacja w naturalny sposób stworzyła możliwość porównania sytuacji:

- 1) pacjentów objętych stacjonarną opieką zespołową, gdzie kadre podstawową stanowią kompetentni opiekunowie medyczni
- 2) pacjentów objętych pielęgniarską długoterminową opieką domową, gdzie opiekunowie nie byli profesjonalistami.

Poziom usług opiekuńczych jest bardzo niski w całej Polsce, co autorka postrzega jako główną przyczynę zwiększającego się zapotrzebowania na opiekę stacjonarną, czy to w DPS i domach opieki, czy o w ZOL lub ZPO. Badania własne potwierdziły zasadność wprowadzenia opiekunów medycznych do procesu pielęgnowania oraz efektywności ich bezpośredniego oddziaływania na sytuację pacjenta. Aplikowane tych elementów do praktyki pielęgnacyjnej pozwoli rozwiązać problem braku odpowiednich, do potrzeb, a także do obowiązujących norm zatrudnienia pielęgniarek we wszystkich zakładach opieki długoterminowej w Polsce.

## 7. Model kompleksowej opieki długoterminowej

### 7.1. Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej

Pielęgnacja kompensacyjna – jest koncepcją profesjonalnego, postępowania opiekunów medycznych, we współpracy z pielęgniarzkami i innymi terapeutami, ukierunkowaną na zespołową pomoc niesamodzielnemu człowiekowi w zaspokajaniu podstawowych potrzeb oraz w adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością.

Pielęgnacja kompensacyjna sformułowana została w oparciu o teorię hierarchii potrzeb ludzkich *Abrahama Masłowa* i teorię potrzeb człowieka *Tomasza Kocowskiego* oraz zawiera elementy teorii pielęgnowania *Dorothy Orem* (samoopieka), *Calisty Roy* (adaptacja) oraz *Moniki Krohwinkel* (wspierający proces pielęgnowania).

Założenia koncepcji koncentrują się wokół potrzeb egzystencjalnych i funkcjonalnych związanych z codzienną aktywnością człowieka. Potrzeby te są wspólne dla wszystkich ludzi, jednak na możliwość i sposób ich zaspokajania ma wpływ poziom niesamodzielnosci i uwarunkowania środowiskowe.

Pielęgnacja kompensacyjna uwzględnia, potwierdzoną w badaniach psychologicznych, hierarchiczność potrzeb i zakłada, że opiekun medyczny w procesie pielęgnacji, w pierwszym rzędzie zajmuje się potrzebami fizjologicznymi osoby objętej opieką i jej bezpieczeństwem, także zdrowotnym (pomoc w kontynuacji zaleconego leczenia), zaczynając od potrzeb o najkrótszym czasie tolerowanego niedoboru. Tylko wtedy, gdy zabezpieczone są codzienne podstawowe potrzeby fizjologiczne i wyeliminowane bezpośrednio i potencjalne zagrożenia egzystencji, opiekun wspólnie z pielęgniarzką a także innymi członkami zespołu terapeutycznego, zajmują się zaspokajaniem potrzeb funkcjonalnych. Równolegle, w miarę możliwości mogą oni wspomagać podopiecznego w realizacji potrzeb wyższego rzędu, np. przynależności, szacunku i uznania, samorealizacji.

Pielęgnacja kompensacyjna skupia się przede wszystkim na podstawie „piramidy *Masłowa*” i oznacza kompensację utraconej sprawności głównie w zakresie podstawowej pielęgnacji i samoopieki, czyli pomoc w niezbędnych, regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie:

- higieny osobistej (utrzymanie czystości ciała, kąpiel, prysznic, mycie, higiena jamy ustnej, czesanie, golenie, higiena wydalania)
- żywienia (przygotowanie pokarmów do spożycia, jedzenie i picie)
- poruszania się (opuszczanie i wracanie do łóżka, ubieranie i rozbieranie, wstawanie i chodzenie, chodzenie po schodach, wychodzenie z mieszkania i wracanie do niego),  
 oraz
  - higieny otoczenia (utrzymanie czystości łóżka, pokoju, używanych naczyń i sprzętów)
  - szeroko pojętego bezpieczeństwa funkcjonowania w środowisku: psychicznego, społecznego i biologicznego.

W pielęgnacji kompensacyjnej uznaje się, że samoopieka i samopielęgnacja jest naturalną (wrodzoną) zdolnością człowieka, który przez całe swoje życie dąży do osiągnięcia równowagi bio-psycho-społecznej; dążenie to jest istotą procesu adaptacji. Kompensacja oznacza tu ograniczanie obiektywnie istniejącego lub subiektywnie odczuwanego przez osoby chore deficytu samoopieki i równoważenie go działaniem innym, znoszącym go. Efekt pielęgnacji kompensacyjnej osiąga się poprzez asystowanie (doradzanie i nadzór), wspieranie (częściowa pomoc) i wyręczenie osoby niesamodzielnej. Metody pomagania dobierane są indywidualnie w zależności od rodzaju deficytu i możliwości pacjenta. Można powiedzieć, że potrzeby są zaspokajane z człowiekiem i za człowieka. Obok pomocy fizycznej i wsparcia psychicznego, istotne znaczenie ma tu wykorzystanie nowoczesnych technologii – środków pomocniczych, materiałów medycznych i pielęgnacyjnych, sprzętu wspomagającego poruszanie się oraz codzienną aktywność w zakresie higieny osobistej i odżywiania. Nowoczesna technologia i profesjonalne treningi samoobsługi skutecznie pomagają w adaptacji do życia z niepełnosprawnością. Dzięki nim możliwe jest przebywanie chorej osoby niepełnosprawnej i niesamodzielnej w swoim środowisku, w rodzinie oraz osiągnięcie głównego celu pielęgnacji kompensacyjnej, którym jest poprawa jakości życia osoby chorej i niesamodzielnej oraz podtrzymanie jej aktywności społecznej. Jest to podstawowy zakres wiedzy i umiejętności opiekuna medycznego i kryterium oceny jego profesjonalizmu. U podstaw pielęgnacji kompensacyjnej leży zmiana w postrzeganiu osoby chorej i niesamodzielnej. Samo słowo *pacjent* wydaje się zbyt

zawężone gdyż oznacza osobę, która ma deficyt zdrowia, będący właściwie jedynym przedmiotem rozpoznania i działania leczniczego oraz pielęgniarstwa.

W pielęgnacji kompensacyjnej na pierwszym miejscu stawia się nie deficyty zdrowotne, ale tkwiące w człowieku rezerwy biologiczne oraz psychiczne i one są przedmiotem oddziaływania pielęgnacyjnego oraz terapeutycznego, adekwatnie do wywołanego chorobą deficytu sprawnościowego.

Tak więc podstawowa, w systemie ochrony zdrowia, zasada deficytu zdrowia zostaje zastąpiona, zasadą kompensacji. Koncepcję tę bardzo dobrze oddaje stwierdzenie Hemingway'a:

„Teraz nie pora myśleć o tym, czego ci brak. Lepiej pomyśl, co możesz zrobić z tym, co masz”<sup>75</sup>

W pielęgnacji kompensacyjnej obowiązuje zasada, że niesamodzielność nie zwalnia z odpowiedzialności za własne zdrowie i życie. Wynika stąd obowiązek osoby niesamodzielnej do aktywnego współdziałania w procesie pielęgnacji i opieki, przeciwdziałania zagrożeniom oraz dążenia do zwiększania własnej samodzielności. Chyba, że obowiązek ten dotyczy także bezpośredniego opiekuna gdy stan świadomości lub stan zdrowia uniemożliwia osobie objętej opieką bycie odpowiedzialnym za siebie. Dla tej kategorii pacjentów, najbardziej odpowiednią formułą opieki i najtrudniejszą do wprowadzenia w polskich zakładach opieki zdrowotnej, jest zespołowe, skoordynowane i komplementarne oddziaływanie osób udzielających świadczeń zdrowotnych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Osoba niesamodzielna jako biorca usług (opieki), a opiekunowie medyczni, pielęgniarki, terapeuci jako świadczeniodawcy zakładają wspólny cel – kompensowanie utraconej sprawności i adaptację do zmienionych uwarunkowań życiowych.

---

<sup>75</sup> Praca zbiorowa zespołu redakcyjnego Edycji Świętego Pawła: Na nowe tysiąclecie – słowa dla Ciebie, EXLEY NEW YORK, Polska Edycja Świętego Pawła, Częstochowa 2000r., str. 59

Rycina 22. **Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej w modelu kompleksowej opieki długoterminowej**

| <b>Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej- rozpoznawanie rezerw biologicznych i fizycznych człowieka oraz udzielenie wsparcia w celu zwiększenia zakresu jego samodzielności</b> |   |   |
|--|---|---|
| <b>Opieka stacjonarna</b>  |   | <b>Opieka domowa</b>  |
| Zespół terapeutyczny   |   | Koordynowane świadczenia pielęgniarские i usługi opiekuńcze |
| <b>Rehabilitacja</b>   | <b>Pacjent / Podopieczny</b>  | <b>Wypożyczalnia sprzętu:</b>                               |
| Kompensowanie utraconej sprawności, ergoterapia<br>Treningi samoobsługi<br>Wsparcie psychologa   | Osoba z przewlekłym deficytem zdrowia i/lub sprawności, wymagająca stałych świadczeń pielęgniarских i pielęgnacyjno-opiekuńczych.<br><br>Miejsce i zakres świadczeń adekwatnie do potrzeb | dobór sprzętu,<br>transport,<br>montaż<br>nauka obsługi     |
| <b>Interwencje pielęgniarские</b>  | <b>Doradztwo</b>  |   |
| w sytuacjach nagłych u osób zabezpieczających opiekę we własnym zakresie   |   |   |

Źródło: opracowanie własne

Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej, mimo, że odnosi się głównie do profesjonalnej działalności opiekunów medycznych, uwzględnia ich współdziałanie z zespołem terapeutycznym (pielęgniarki, fizjoterapeuci i terapeuci) na zasadzie partnerstwa, w celu wzmocnienia efektów terapeutycznych. Ponieważ pielęgnacja podstawowa wchodzi w obszar kompetencyjny pielęgniarek, opiekunów a także niektórych terapeutów, tym samym pielęgnacja kompensacyjna może być wykorzystana jako koncepcja wytyczająca kierunek i zasady postępowania w opiece długoterminowej.

Pielęgnacja kompensacyjna obejmuje zakres wiedzy, umiejętności i zadań, który umożliwi opiekunowi medycznemu:

- rozpoznanie oraz wykorzystanie rezerw somatycznych i psychicznych tkwiących w osobie niesamodzielnej,

- wykorzystanie nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności w realizacji podstawowych potrzeb życiowych, korzystanie z systemu społecznego wsparcia,
- wspomaganie adaptacji pacjenta/podopiecznego do życia niepełnosprawnością,
- kreowanie bezpiecznych warunków egzystencji chorej osoby niesamodzielnej.

Celem tak pojmowanej pielęgnacji jest kompensacja utraconej sprawności i pomoc w adaptacji do sytuacji życiowej zmienionej chorobą oraz bezpieczeństwo i profilaktyka powikłań zdrowotnych. Osoby pielęgnujące mają świadomość znaczenia swego oddziaływania i wpływu na tworzenie warunków do zwiększania niezależności chorej osoby niepełnosprawnej, a osoba objęta opieką jest świadoma swej odpowiedzialności za własne zdrowie i życie wyrażającej się w naturalnym obowiązku samoopieki. Takie podejście w końcowym efekcie odnosi się do zwiększenia możliwości opieki nad chorymi osobami niesamodzielnymi w jej w środowisku domowym i ekonomizacji opieki. Pielęgnacja kompensacyjna odnosi się także do bezpieczeństwa osoby objętej opieką, jest bardzo ważnym aspektem w działalności opiekunek. Bezpieczeństwo pacjenta musi być uwzględniane we wszystkich czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Koncepcja ta uwzględnia całościowo problematykę pielęgnowania chorej osoby niesamodzielnej i ta cecha uzasadnia promowanie jej jako podstawowej koncepcji dla systemu opieki długoterminowej, wytyczającej kierunki jej rozwoju i standaryzacji.

### **7.1.1. Człowiek i jego wyjątkowość**

„Każde stulecie z wyjątkiem naszego miało swój wzór i ideał. Nasza kultura wszystkie je odrzuciła, a więc ideał świętego, bohatera, dżentelmena, rycerza i mistyka. Pozostał nam tylko osobnik dobrze przystosowany, bez problemów, co stanowi mizerny i wątpliwy substytut” (A. Maslow)<sup>76</sup>

Ludzkie dążenie do poznania pełnej i ostatecznej prawdy o człowieku jest stałe i wszechobecne. Przyczyniło się do powstania niezliczonej liczby teorii filozoficznych jak również wielu dziedzin naukowych. Nie jest celem pracy zgłębianie tej wiedzy, autorka jedynie uznaje ją jako pomoc w zrozumieniu współcześnie głoszonych

---

<sup>76</sup> Maslow AH: W stronę psychologii istnienia. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2004, str. 7

poglądów, z jednoczesnym przekonaniem, że ulegną one kolejnym zmianom pod wpływem kolejnych odkryć. Najprościej odkrywać prawdę o człowieku w wymiarze biologicznym, najtrudniej w wymiarze duchowym.

„Wiek XXI będzie wiekiem duchowości albo nie będzie go wcale” (A. Malraux)

Istota człowieczeństwa jest rozpoznawana poprzez jego interakcje ze światem zewnętrznym i wewnętrznym – duchowym. Przedmiotem dociekań wielu badaczy jest także sama różnorodność teorii naukowych i religijnych oraz poszukiwanie prawd wspólnych, uniwersalnych. Współczesna medycyna powoli odchodzi od kartezjańskiego modelu organizmu człowieka jako sumy poszczególnych komórek i ich funkcji na rzecz spojrzenia holistycznego, całościowego, gdzie całość jest czymś więcej niż sumą poszczególnych fizycznych elementów. Jednakże całościowe, holistyczne widzenie człowieka w medycynie ogranicza się do jedności bio-psycho-społecznej i nie uwzględnia wymiaru duchowego. Takie podejście odzwierciedla także definicja zdrowia przyjęta przez WHO. Jednak ludzkości od zarania dziejów towarzyszy głęboka wiara, że u podstaw istnienia człowieka leży stwórcza wola Boga, że istota ludzka pochodzi od Boga. To Bóg wyznaczył człowiekowi szczególne miejsce w całym dziele stworzenia. To decyduje o jedynej i niepowtarzalnej godności osoby ludzkiej. Człowiek jest istotą duchowo-cieleśną. Nie chodzi tutaj o wygląd zewnętrzny ale pewną wewnętrzną strukturę, która wyróżnia człowieka spośród innych istot. Na temat tej struktury wypowiadało się wielu filozofów, teologów i mistyków. Człowiek jako istota obdarzona rozumem, mająca biografię, będąca podmiotem, jest zdolny poszukiwać i odkrywać prawdę. Jest także zdolny do aktów świadomości, może dokonywać wyborów, może stanowić o sobie w oparciu o wolność woli. Człowiek jest podmiotem wolności i jest obdarzony sumieniem, które ukierunkowuje go na dobro. Jest podmiotem nie tylko przez świadomość i samostanowienie, ale również przez swoje ciało. Konstytucja tego ciała jest taka, że pozwala mu być sprawcą specyficznego ludzkiego działania. W działaniu tym ciało wyraża osobę. Człowiek w sposób podmiotowy doświadcza swojego własnego ciała. Podsumowując można powiedzieć, że istota ludzka jawi się jako podmiot w trzech sferach: poznania, samostanowienia oraz własnej cielesności. Wszystkie trzy elementy razem wzięte odpowiadają bytowej strukturze człowieka, potwierdzają to, iż człowiek jest jednością duchowo-cieleśną.

Pośród wszystkich istot żywych tylko człowiek jest „osobą”, podmiotem świadomym i wolnym, i właśnie dlatego stanowi ośrodek i szczyt wszystkiego co na ziemi. Osobista

godność jest najcenniejszym dobrem człowieka, który dzięki niej przewyższa swoją wartością cały świat materialny. Ujmowanie człowieka jedynie jako zwykłego tworu uwarunkowań biologicznych, społecznych czy psychologicznych nie oddaje rzeczywistej prawdy o człowieku. Człowiek w swej tajemnicy jest czymś więcej niż zespołem cech biologicznych. Jest podstawową jednością, której aspekt biologiczny nie może być oderwany od wymiaru duchowego, rodzinnego i społecznego, gdyż stwarzałoby to poważne niebezpieczeństwo pominięcia tego, co stanowi samą naturę osoby ludzkiej.<sup>77</sup> Coraz głośniejsze mówi się o medycynie ducha i ciała. Przybywa profesjonalistów przychylających się do poglądów, że uznanie w oddziaływaniu medycznym duchowego wymiaru człowieka pozwoli na rozszerzenie dotychczasowych metod współdziałania i zwiększy efektywność procesów leczenia i pielęgnacji. W konsekwencji takiego podejścia, bardziej precyzyjnie używa się pojęć leczenie i uzdrowienie. Z definicji, leczenie pochodzi z zewnątrz a uzdrowienie od wewnątrz i następuje z pomocą sił duchowych samego chorego. Nawet sceptycy nie kwestionują celowości wspomagania procesu leczenia poprzez medytacje, techniki wyciszające emocje, ćwiczenia zmniejszające stres, terapie grupowe itp. Wielu terapeutów ma świadomość niewykorzystania w pełni możliwości współdziałania w medycznym postępowaniu chorego człowieka z lekarzem, pielęgniarzką lub opiekunem. Myślenie o człowieku jako duchowej istocie jest bardzo ważne dla wszystkich uczestników procesu leczenia, szczególnie w kontekście wzajemnego szacunku i uznawania prawa osoby objętej opieką do samostanowienia. Ponadto świadomość, że oprócz leczenia z zewnątrz, każdy człowiek dysponuje własnym wewnętrznym potencjałem uzdrawiania daje inne perspektywy w postępowaniu leczniczo-pielęgnacyjnym.<sup>78</sup>

Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej uwzględnia aspekt duchowości i niepoznawalności istoty człowieczeństwa. Opiekun wraz z całym zespołem terapeutycznym powinni być świadomi tego, że ich przekonania i opinie mogą być mylne, dlatego tak istotna jest otwartość na nową wiedzę i poglądy. Personel pielęgnujący powinien być krytyczny wobec tego co nie jest potwierdzone nauką, ale nie może lekceważyć tego co mówią inni ludzie, szczególnie doznający cierpień egzystencjalnych.

---

<sup>77</sup> Bartoszek A: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000.

<sup>78</sup> Krzyżanowska-Łagowska U.: Wartości duchowe w etosie pielęgniarstwa. Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków 2005.



### **7.1.2. Potrzeby egzystencjalne i funkcjonalne w pielęgnacji kompensacyjnej**

Klientem opieki długoterminowej jest osoba, która jednocześnie doświadcza przewlekłego deficytu zdrowotnego, niepełnosprawności i niesamodzielności. W tej sytuacji egzystencja człowieka jest determinowana czynnikami, które przez jednostkę zdrową są ledwie zauważalne i traktowane z pełną nonszalancją rutyną, a czasami wręcz z lekceważeniem. To co oczywiste i łatwe dla ludzi zdrowych, dla chorych i niepełnosprawnych staje się wyzwaniem często nie do pokonania. Psychologowie dowodzą, że potrzeby ludzkie tworzą barwny, skomplikowany i wzajemnie powiązany otwarty system. Jedne wynikają z drugich. Część z nich jest równoważnych bez możliwości substytuowania, a część może być zastąpiona innymi warunkami bez zagrożenia dla życia biologicznego. Zrealizowanie jednych potrzeb powoduje, że natychmiast pojawią się następne potrzeby. Im więcej możliwości tym więcej potrzeb.

Utrata zdrowia i sprawności, która skutkuje ograniczeniem naturalnej zdolności do samoopieki powoduje, że w egzystencji tej osoby nastąpiła rewolucja „przewracająca wszystko do góry nogami”. Ogrom ludzkich potrzeb i oczekiwań, poprzez instynkt samozachowawczy zostaje zagęszczony w jednym pragnieniu - przetrwać w swoim środowisku, utrzymać dotychczasowe role społeczne. Jeżeli to się nie udaje człowiek sam siebie nie akceptuje i odrzuca. Profesjonalni opiekunowie i terapeuci mogą pomóc w opanowaniu tego totalnego chaosu, ale ostateczny wynik, czyli zaadaptowanie się do tak zasadniczo zmienionego życia zależy, od cech psychicznych i osobowościowych osoby objętej opieką. Tę sytuację można sparafrazować w stwierdzeniu: lekarze i pielęgniarki powiedzieli pacjentowi jak jest, a opiekun pokaże jak może być.

Zakres niezbędnej pomocy ustala się oceniając niezaspokojone potrzeby zgodnie z teorią potrzeb *A. Masłowa*: Jednostka ludzka ma nie tylko potrzeby fizjologiczne związane ze swą budową fizyczną, lecz także potrzeby czysto psychiczne. Można na nie patrzeć jak na niedobory, które muszą być optymalnie wypełnione przez otoczenie dla uniknięcia choroby i subiektywnego złego samopoczucia. Można je nazwać potrzebami podstawowymi lub biologicznymi i porównać z potrzebą soli, wapnia lub witaminy D, ponieważ:

- osoba ich pozbawiona uporczywie domaga się ich zaspokojenia,
- ich niezaspokojenie powoduje chorobę i wyniszczenie,

- ich zaspokojenie działa terapeutycznie i leczy chorobę wywołaną niedoborem,
- ciągłość zaspokojenia zapobiega chorobie,
- jednostki zdrowe (zaspokojone) nie wykazują tych niedoborów<sup>79</sup>

Uznając za oczywiste, że zaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych i funkcjonalnych warunkuje realizację potrzeb wyższego rzędu, pielęgnacja kompensacyjna koncentruje się na tej podstawie stwarzając szansę nie tylko na biologiczną wegetację, ale na dalsze sensowne życie.

Ta podstawa egzystencji człowieka wytycza granice koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, ukierunkowanej na pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych: oddychania, odżywiania, wydalania, snu, higieny osobistej, poruszania i przemieszczania się, informacji i komunikowania się, ubrania, bezpieczeństwa w środowisku, terapii, swobody (niezależności) i przynależności, funkcjonalności - skutecznej aktywności w realizacji dowolnych celów, obiektywnie osiągalnych w sytuacji zdrowotnej i życiowej osoby objętej opieką. Potrzeby te są warunkiem przetrwania biologicznego oraz koegzystencji społecznej, ale także warunkiem powstania potrzeb wyższego rzędu.

### **7.1.3. Ocena poziomu niesamodzielnosci i zaspokajanie potrzeb**

Niesamodzielnosc w pielęgnacji kompensacyjnej to długotrwała lub trwała zależność od pomocy innych osób, o różnym stopniu nasilenia. W tym kontekście, autorka rozróżnia trzy poziomy samopielęgnacji, określając je jako: samodzielny, przy pomocy, niesamodzielnny.

---

<sup>79</sup> A. Maslow: W stronę psychologii istnienia, Dom wydawniczy Rebis, Poznań 2004, str.205

O zapotrzebowaniu na opiekę świadczą pewne wybrane stany faktyczne, które należy traktować jako kryteria kwalifikowania do profesjonalnej opieki, w tym:

- zły stan ogólny, wyniszczenie fizyczne,
- odleżyny,
- stosowanie pieluchomajtek, cewników dopęcherzowych lub sondy do odżywiania wyłącznie w celu ułatwienia pielęgnacji,
- zaniechanie higieny intymnej po oddaniu stolca lub moczu, intensywny nieprzyjemny zapach,
- zaniedbanie, a często całkowite zaniechanie higieny ciała, zanieczyszczona skóra, intensywny zapach potu,
- przykurcze,
- przyjmowanie środków uspokajających, nie zleconych przez lekarza,
- ślady wskazujące na możliwe stosowanie przemocy,
- zabrudzona bielizna
- zaniedbane gospodarstwo domowe.

Przy ocenie poziomu niesamodzielnosci przeprowadzany jest wywiad, zarówno z osobą pielęgnującą jak i z chorym. W ocenie sytuacji uwzględnia się także informację o opiece lekarskiej i pielęgniarzkiej, zarówno ogólnej jak i specjalistycznej. Istotne jest czy osoba obejmowana opieką umie we własnym zakresie zadbać o dostępność do opieki lekarskiej oraz pielęgniarzkiej i jak wygląda aktualna terapia farmakologiczna. Szczególnie, czy leki przyjmowane są samodzielnie, bez nadzoru ze strony innych osób [Aneks – wywiad pielęgniarzki i opiekuna medycznego].

Ponieważ niepełnosprawność nie oznacza niesamodzielnosci przy ocenie jej poziomu rozpoznaje się możliwości w dostępie oraz rodzaj, częstotliwość i czas używania środków pomocniczych, materiałów medycznych oraz sprzętu wspomagającego i służącego pielęgnacji. Przeprowadzając wywiad opiekun sprawdza się, jakimi środkami pielęgnacyjnymi i pomocniczymi osoba niepełnosprawna już dysponuje i czy te środki kompensują deficyty w wykonywaniu codziennych czynności.

Pojęcie „kompensują” oznacza tu, że środek pomocniczy czy sprzęt wspomagający umożliwia osobie niepełnosprawnej, samodzielne wykonywanie codziennych czynności, związanych z zaspokajaniem opisanych wyżej podstawowych potrzeb. W praktyce jest to bardzo istotne, gdyż używanie kuli, protez nóg lub wózka inwalidzkiego może wyeliminować potrzebę pomocy podczas „chodzenia” i zależność od innych osób w tym zakresie. Pod tym kątem sprawdza się także odpowiedniość warunków lokalowych (czy są bariery architektoniczne), uwzględnia się także bezpieczeństwo bezpośredniego otoczenia wnioskodawcy (np. luźne dywany, śliska podłoga), które uniemożliwiają zastosowanie sprzętu, np. korzystanie z wózka inwalidzkiego, podnośnika, balkonika, a także możliwości fizyczne osoby niepełnosprawnej.

Sytuacja mieszkaniowa warunkuje prawidłową pielęgnację. Dlatego opiekun stwierdzając niesamodzielność osoby powinien opierać się m.in. na obszernym i dokładnym obrazie sytuacji mieszkaniowej. W uwarunkowaniach pielęgnacji należy uwzględnić: piętro, windę, wielkość mieszkania, szerokość drzwi, liczbę mieszkańców, własny pokój, położenie łazienki i toalety, ewentualnie możliwość mycia się w pokoju, wyposażenie łóżka, telefon, dostępność przełączników światła lub klamek, rodzaj instalacji grzewczej.

Pielęgnacja kompensacyjna zakłada dynamiczność i względność pojęcia niesamodzielności i w związku z tym ocena poziomu niesamodzielności wykonywana jest wielokrotnie w procesie pielęgnowania i zależy nie tylko od efektywności opiekuna ale także od warunków w jakich funkcjonuje człowiek mający deficyt zdrowotny i sprawnościowy. O profesjonalizmie opiekuna medycznego świadczy umiejętność samodzielnego oceniania i wyrażania opinii na temat ograniczeń funkcjonalnych i umiejętności osoby objętej opieką. Do tego celu służy umiejętność postrzegania zmian w stanie fizycznym i testy funkcjonalne. Zasadniczej oceny stanu ogólnego i wydolności fizycznej dokonuje lekarz, który określa rodzaj i natężenie choroby oraz upośledzenia funkcjonalności, przeprowadza konieczne badania i wydaje pielęgniarce dyspozycje co do dalszego leczenia. Informacje na temat stanu ogólnego i specjalistyczne opinie lekarskie zawarte w dokumentacji medycznej są niezbędne do oceny szans powodzenia działań aktywizujących do samopielęgnacji i ustalenia przez pielęgniarkę procesu pielęgnowania. W tym kontekście opiekun otrzymuje informacje

na temat przydzielonego do opieki pacjenta i postrzega, w toku pielęgnowania, jego stan ogólny jako dobry, dostateczny, wyraźnie pogorszony czy też niedostateczny.

Dobry: stan ogólny odpowiedni do wieku, bez deficytów w stanie odżywienia i wytrzymałości na wysiłek fizyczny.

Dostateczny: ograniczenia wymagające wsparcia, np. czynności dnia codziennego mogą być wykonywane tylko w spowolnionym tempie, z użyciem sprzętu wspomagającego, konieczny okresowy nadzór medyczny i socjalny.

Wyraźnie pogorszony: brak wytrzymałości na wysiłek, czynności dnia codziennego mogą być wykonywane tylko przy pomocy innych osób, z użyciem sprzętu wspomagającego. Konieczny codzienny nadzór opiekuńczo-pielęgnacyjny i okresowy medyczny.

Niedostateczny: następuje całkowite przejęcie czynności przez opiekuna, konieczna opieka całodobowa i stały nadzór medyczny

Opiekun powinien posiadać podstawową wiedzę na temat ograniczeń funkcjonalnych lub uszkodzeń w poszczególnych układach narządów ciała pacjenta, ich rodzaj i lokalizację, szczególnie, że ma najczęściej do czynienia z tymi najcięższymi, decydującymi o przetrwaniu biologicznym i przebiegu procesu pielęgnacji.

Ponieważ celem pielęgnacji kompensacyjnej jest zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych poprzez możliwie największą aktywność własną osoby objętej opieką, opiekun musi znać opinię pielęgniarstwa i odnosić do niej swoją aktualną ocenę wydolności psychicznej i fizycznej podopiecznego. I tak jak ocenia stan ogólny zdrowia i opisuje w swojej dokumentacji - jako dobry, dostateczny, wyraźnie pogorszony i niedostateczny - powinien otrzymać od pielęgniarki informacje, które mają wpływ na poziom samodzielności osoby objętej opieką i dotyczą:

- układu ruchu – biorąc pod uwagę istotne dla pielęgnacji ograniczenia funkcji i ich przyczynę np. rodzaj niedowładu lub porażenia (wiotkie lub spastyczne) oraz ich nasilenie (całkowity lub częściowy niedowład), zaburzenia ruchu, lub ciężkie zaburzenia równowagi,
- wydolności narządów wewnętrznych, wydolność oddechowa, wydolność układu krążenia i wydalania (stomie, nieotrzymanie moczu, stolca),

- stanu skóry - zmiany skórne, w szczególności odleżyny, ocenia pod kątem ich rozmiaru i położenia,
- narządów zmysłów - zaburzenia zdolności mówienia i rozumienia mowy, niedowidzenie, niedosłuch,

ale także informacje wskazujące na:

- występujące zaburzenia zachowania?
- możliwości nawiązania kontaktu i jego formę
- stan świadomości i orientację co do własnej osoby, miejsca, czasu i sytuacji

Uzyskanie powyższych informacji pozwala na dokonanie możliwie obiektywnej oceny poziomu samodzielności i umiejętności w odniesieniu do codziennej aktywności. Stanowi to istotną podstawę do ustalenia działań aktywizujących i indywidualnego planu pielęgnacji [Aneks – wywiad i diagnoza pielęgnacyjna]. Ustalenie potrzeby zastosowania pielęgnacji kompensacyjnej zależy nie tylko od klinicznego obrazu choroby lecz przede wszystkim od oceny umiejętności wykonywania codziennych czynności życiowych. Stan zdrowia jest brany pod uwagę przy doborze metod kompensacji. Stopień samodzielności jest nie tylko decydujący dla aktualnego planu pielęgnacji, lecz także dla wszystkich interwencji terapeutycznych, które mają na celu utrzymanie bądź odzyskanie sprawności w samopielęgnacji.

Doświadczenia praktyczne wskazują, że pełna opieka i nadmierne wyręczenie osoby wspomaganą wzmaga bezradność i pogłębia niesamodzielność, dlatego bardzo istotne jest okresowe ocenianie możliwości jakie posiada osoba objęta opieką w zakresie samoobsługi. Umiejętności osoby w zakresie poszczególnych czynności życia codziennego szacowane są według następujących miar:

- samodzielny – 2 pkt,
- wspierany przez inną osobę lub sprzęt, warunkowo samodzielny – 1 pkt,
- niesamodzielny – 0 pkt,

Skala oceny stopnia samodzielności została wprowadzona obok stosowanej w procesie badawczym Skali *Barthel*, gdyż przy planowaniu poszczególnych zajęć z zakresu fizjoterapii i ergoterapii potrzebny był bardziej szczegółowy opis pacjenta.

Tabela XXI. Ocena Poziomu Samodzielności

| Ocena samodzielności: <b>S</b> - Samodzielnie, także z użyciem sprzętu – <b>2pkt</b> |     |  |     |
|--|-----|--|-----|
| <b>P</b> - Przy pomocy drugiej osoby i sprzętu – <b>1 pkt</b>                        |     |  |     |
| <b>N</b> - Niesamodzielny /a – <b>0 pkt</b>  |     |  |     |
| Czynność   | pkt | Czynność   | pkt |
| <b>Higiena</b>   |     |  |     |
| mycie górnej części ciała  |     | mycie dolnej części ciała  |     |
| mycie pod prysznicem   |     | kąpiel w wannie  |     |
| czesanie   |     | golenie  |     |
| higiena jamy ustnej, w tym: czyszczenie zębów / protezy                              |     | użycie środków pomocniczych (wkładki urologiczne, pieluchomajtki, cewniki zewnętrzne, wymiana worków stomijnych) |     |
| oddawanie moczu  |     | higiena intymna po wydalaniu   |     |
| <b>Ubieranie się</b>   |     |  |     |
| Koszula nocna / piżama   |     | Bluzka / koszula / marynarka /   |     |
| majtki   |     | biustonosz   |     |
| spodnie / spódnica   |     | rajstopy / kalesony  |     |
| buty   |     | guziki   |     |
| <b>Spożywanie posiłków</b>   |     |  |     |
| jedzenie   |     | picie  |     |
| krojenie, smarowanie, rozdrabnianie itp.   |     | przygotowanie: podgrzanie, nałożenie na talerz   |     |
| Podstawowe zakupy żywności   |     | Gotowanie  |     |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Ocena samodzielności:</b> <b>S</b> - Samodzielnie, także z użyciem sprzętu – <b>2pkt</b> |  |   |  |
| <b>P</b> - Przy pomocy drugiej osoby i sprzętu – <b>1 pkt</b>                               |  |   |  |
| <b>N</b> - Niesamodzielny /a – <b>0 pkt</b>   |  |   |  |
| <b>Czynność</b>   |  | <b>Czynność</b>   |  |
| <b>Aktywność i mobilność</b>  |  |   |  |
| zmiana pozycji ciała w łóżku  |  | transfer łóżko- wózek /fotel                            |  |
| przejsięcie powyżej 50 m., wewnątrz mieszkania, także przy użyciu sprzętu                   |  | chodzenie po schodach                                   |  |
| schylanie się   |  | równowaga i koordynacja                                 |  |
| korzystanie z toalety, także przy pomocy sprzętu  |  | Spacer na świeżym powietrzu, także na wózku inwalidzkim |  |
| <b>Wypełnianie wolnego czasu</b>  |  |   |  |
| Dbałość o własny wygląd   |  | Dbałość o mieszkanie                                    |  |
| Obsługa sprzętu: TV,  |  | Obsługa komputera                                       |  |
| Czytanie  |  | Modlitwa i inne praktyki religijne                      |  |
| Kontakty z rodziną  |  | Podtrzymywanie ról społecznych                          |  |
| Kontakty ze znajomymi osobami   |  | Malowanie   |  |
| Uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych  |  | gry towarzyskie i inne                                  |  |
| <b>Terapia i bezpieczeństwo</b>   |  |   |  |
| wizyty u lekarza  |  | przyjmowanie zaleconych leków                           |  |
| świadomość zagrożeń, zgłaszanie potrzeb   |  | Zabezpieczenie potrzeby intymności                      |  |
| <b>Razem</b>  |  | <b>Razem</b>  |  |



### Ocena poziomu samodzielności:

**Całkowita niesamodzielność** – do 20 pkt, całkowite uzależnienie od opieki

**Znaczna niesamodzielność** – od 20 – 60 pkt, częściowe uzależnienie od opieki

**Umiarkowana niesamodzielność** – od 60 - 100 pkt, możliwość samodzielnego funkcjonowania przy niewielkiej codziennej pomocy polegającej na wyłączeniu i wspieraniu oraz nadzorze opiekuna przy kilku czynnościach.

### **Kryteria oceny poziomu samodzielności:**

#### Samodzielny:

Umiejętność samodzielnego zaspokajania potrzeb i wykonania czynności, także z wykorzystaniem środków pomocniczych, sprzętu medycznego, pielęgnacyjnego i wspomagającego, nie występuje potrzeba korzystania z opieki innych osób,

Częściowo samodzielny (umiarkowana i znaczna niesamodzielność), warunkowo samodzielny, wspierany przez inną osobę:

Umiejętność częściowo niezależnego funkcjonowania z jednym lub wieloma ograniczeniami; środki pomocnicze i sprzęt są wykorzystywane, ale z pomocą innej osoby, która przeznaczona na opiekę tyle czasu ile potrzebuje osoba wspomagana na zaspokojenie danej potrzeby z pełnym wykorzystaniem swych możliwości. Niektóre czynności są całkowicie wykonywane przez opiekuna z obawy o bezpieczeństwo osoby wspomaganej. W tej grupie osób mieszczą się także pacjenci z zaburzeniami psychicznymi czy z zaburzeniami pamięci, którzy zaspokajają swoje podstawowe potrzeby dopiero po nakłanianiu, każdorazowym instruowaniu i pod nadzorem opiekuna. Mimo, że fizycznie są zdolni do zaspokajania potrzeb podstawowych, to zaburzenia psychiczne powodują konieczność ich okresowego, częściowego lub całkowitego uzależnienia od pomocy opiekuna.

#### Niesamodzielny:

Nie występuje umiejętność samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb; we wszystkich jego fazach konieczna jest pomoc innej osoby lub przejęcie czynności przez osobę pomagającą.

#### 7.1.4. Zaspokajanie potrzeb

Człowiek ma, generalnie rzecz biorąc, tylko dwie możliwości zaspokajania swoich potrzeb, albo przez aktywność własną, albo przez aktywność innych ludzi. Pielęgnacja kompensacyjna odnosi się do sytuacji, gdy w związku z chorobą, urazem czy wiekiem jest niezaspokojonych wiele potrzeb, często równoważnych. Oparcie się na teorii potrzeb, może pomóc opiekunowi w podejmowaniu decyzji o kolejności ich zaspokajania, tak by nie doszło do powikłań zdrowotnych, a nawet zagrożenia życia. Jest to problem o dużym znaczeniu praktycznym dla osób wspomaganych, świadczeniodawców, ale także dla społeczeństwa tworzącego system zabezpieczenia społecznego.

Gdy opiekun ma wątpliwości co do stopnia niezbędności jakiejś potrzeby, to kryterium wagi czy pierwszeństwa powinno wynikać z odpowiedzi na pytanie: jak długo może być tolerowane niezaspokojenie danej potrzeby?

Poszczególne potrzeby odznaczają się niejednakowym czasem tolerancji niedoboru i to może być podstawą do stworzenia miary poziomu niezbędności. Np. z uwagi na cel nadrzędny – utrzymanie życia, brak tlenu ma tolerancję kilkuminutową, brak pokarmu – kilkunastodniową, brak pewnych składników pokarmowych może mieć tolerancję kilkumiesięczną a nawet kilkuletnią. Czas tolerancji niedoboru najłatwiej jest określić dla podstawowych potrzeb biologicznych i funkcjonalnych.

W pielęgnacji kompensacyjnej, jako kryterium przy ustalaniu hierarchii potrzeb pielęgniarka i opiekun posługują się trójstopniową skalą poziomu tolerancji niedoboru:

- tolerowany czas niedoboru – czas, po którym mogą wystąpić zaburzenia funkcji organizmu, ale bez skutków patologicznych nieodwracalnych, zaburzenia ustępują zaś całkowicie po zaspokojeniu potrzeby,
- patogenny czas niedoboru – okres po którym następują w organizmie zmiany nieodwracalne (trwałe schorzenia lub dysfunkcje),
- graniczny (destruktywny) czas niedoboru, po którego przekroczeniu cel nie może być utrzymany, co w przypadku potrzeb biologicznych oznacza utratę życia.

Tolerancja niedoboru jest oceniana również w odniesieniu do innych, niż biologiczne, podstawowych potrzeb. Przykładem jest źle znoszona przez większość osób niepełnosprawnych izolacja i niedobory w zakresie potrzeb społecznych lub psychicznych.<sup>80</sup>

Współzależność w systemie potrzeb powoduje, że każdy cel nadrzędny jest uzależniony od realizacji niemal wszystkich potrzeb podstawowych. Potrzeby te stanowią system równoważnych dla życia warunków i dlatego pominięcie któregośkolwiek z nich w postępowaniu terapeutycznym jest możliwe tylko w sytuacji, gdy osoba objęta opieką jest zdolna do realizacji tej potrzeby we własnym zakresie.

Priorytetem dla osoby chorej i niepełnosprawnej jest biologiczne przetrwanie, a instynkt samozachowawczy dokonuje naturalnej hierarchizacji potrzeb. Każdy instynktownie wie co jest najpotrzebniejsze, a opiekunowie są obowiązani tę naturalną wiedzę uwzględniać przy ustalaniu planów pielęgnowania. Fakt, że wszyscy ludzie mają takie same potrzeby warunkujące egzystencję (wymiar bio-psycho-społeczny), ułatwia budowę systemu zabezpieczenia i niesienie indywidualnej pomocy, szczególnie w sytuacji gdy osoba objęta opieką nie jest w stanie wyartykułować swoich potrzeb.

Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej uwzględnia fakt, że współczesny człowiek nie jest w stanie przetrwać w izolacji i poza grupą, a grupa instynktownie dąży do izolowania jednostek problematycznych. W tym kontekście niezwykle ważne jest pomniejszanie problemów poprzez kompensowanie utraconej sprawności, co daje szansę osobie objętej opieką na utrzymanie chociaż części ról społecznych.

### **Stosowanie przymusu bezpośredniego w pielęgnacji kompensacyjnej**

Podjęcie decyzji o potrzebie ingerencji i narzuceniu osobie objętej opieką postępowania niezgodnego z jej wolą i oczekiwaniami, jest najtrudniejszym, w wymiarze etycznym, a często także fizycznym zadaniem pracowników medycznych i personelu opiekuńczego. Np. podopieczni chcą czynnie skorzystać z prawa do samostanowienia i chcą sami pójść na spacer. Opiekun obawiając się, że podopieczny naraża się na niebezpieczeństwo, powołując się na swój obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa,

---

<sup>80</sup> Kocowski T: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1978, str. 11-15; 118-122.

zabrania mu opuszczenia mieszkania czy sali chorych. Podobnie wygląda kwestia z podnoszeniem barierek bocznych w celu uniemożliwienia wyjścia z łóżka lub przywiązywaniem pacjenta do łóżka lub wózka, na którym siedzi. Problemy związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego są stałym tematem ożywionych dyskusji w gronie profesjonalistów, prawników, psychologów, lekarzy i pielęgniarek, a teraz także opiekunów. Środowiska prawnicze apelują o uszanowanie prawa do wolności i samostanowienia, środowiska medyczne powołują się na ewentualne zagrożenie zdrowia i życia. W dyskusji podnoszony jest pogląd, że nikt nie ma możliwości pełnego wykluczenia zagrożenia, a 100% bezpieczeństwo nie istnieje. Istnieje natomiast tzw. powszechne ryzyko życia. Wszystko co nas otacza może być pożyteczne, ale też może być zagrożeniem. W pielęgnacji kompensacyjnej kluczowa, w podjęciu decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, jest świadomość zagrożeń. Jeżeli pacjent jest świadomy skutków swego działania lub zaniechania to nie wolno wobec niego stosować przymusu. Stan świadomości może ocenić tylko lekarz psychiatra. Ponieważ stosowanie przymusu bezpośredniego jest formą naruszenia wolności osobistej człowieka, każdy, kto opiekuje się osobą niesamodzielną, także opiekun medyczny, jest obowiązany znać i przestrzegać przepisy prawa, regulujące ten problem w Polsce.<sup>81</sup>

Przepisy ustawowe upoważniają do zastosowania przymusu bezpośredniego w ściśle określonych sytuacjach. Pielęgnacja kompensacyjna nie zakłada stosowania przymusu bezpośredniego przy zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych gdyż wykracza to całkowicie poza kompetencje opiekuna.

Pielęgniarka może zastosować przymus tylko na zlecenie lekarza. Z reguły działania takie są poprzedzone badaniem psychiatrycznym, które potwierdza brak zdolności osoby objętej opieką do oceny skutków swego postępowania. Pielęgnacja osoby z zaburzeniami psychicznymi wkracza w obszar pielęgnacji specjalistycznej i powinna być wykonywana przez pielęgniarkę oraz innych terapeutów mających kompetencje do realizowania świadczeń na rzecz osób psychicznie chorych.

---

<sup>81</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego; Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 11, poz. 535 z późn. zm.), zgodnie z Art. 18 ustawy przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu.

Każdy opiekun powinien wiedzieć, że podejmowanie decyzji o zastosowaniu przymusu należy wyłącznie do kompetencji lekarza i mieć dostępną w dokumentacji medycznej informację, kogo ma powiadomić w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji. Pacjent z ograniczoną świadomością wobec którego trzeba stosować przymus oraz pacjent agresywny nie kwalifikują się do opieki domowej.

Rycina 23. Schemat przedmiotowego ujęcia pielęgnacji kompensacyjnej



## 7.2. Standardy pielęgnacji i opieki

Standard to profesjonalnie uzgodniony, przeciętny wzorzec realizacji wyznaczonego zadania. Zgodnie z definicją WHO standardy określają profesjonalnie dostosowany poziom świadczeń. Nie można standaryzować tylko części wykonywanego zadania, a resztę zostawić do swobodnej i nieprzewidywalnej decyzji jego wykonawcy. Wtedy nie mówimy o standardzie tylko o działaniu modyfikowanym zależnie od okoliczności, wiedzy i umiejętności wykonawcy. Powtarzalność jest tu tylko częściowa i najczęściej dotyczy schematów organizacyjnych narzuconych w zakładzie pracy.

W Polsce standardy zawodowe, bezpośrednio dotyczące działalności pielęgniarek, są uchwalane przez naczelne władze samorządu pielęgniarek i położnych, a zatwierdzane przez Ministra Zdrowia. Opieka długoterminowa w Polsce, nie ma formalnie zatwierdzonych standardów. Luka ta jest w przypadkach kontrowersyjnych wypełniana opiniami konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach. W przypadku sporów prawnych mogą one zostać wykorzystane jako kryterium do oceny aktualnego stanu wiedzy z zakresu nauk medyczno-pielęgnacyjnych. Zalecenia konsultantów krajowych umożliwiają formułowanie ogólnych informacji i regulacji dot. jakości opieki, na płaszczyźnie nadrzędnej. Nie zastąpi to jednak obowiązującego standardu zawodowego. Niektóre standardy ze względu na swą specyfikę wymagają uszczegółowienia poprzez precyzyjne opisanie niektórych procedur postępowania pielęgnacyjnego, np. mycie ciała osoby z przewlekłymi ranami. Procedura jest konkretną instrukcją do działania (opis czynności lub przebiegu), w której szczegółowo opisany jest sposób postępowania przy specyficznej czynności pielęgnacyjnej.

Model kompleksowej opieki długoterminowej był w całości standaryzowany, co oznacza, że wszystkie działania administracyjne, terapeutyczne oraz opiekuńcze były opisane i obowiązywały wszystkie osoby realizujące projekt. Wprowadzone standardy były opisem wzorcowego postępowania w zaspokajaniu potrzeb osób obłożnie chorych i niesamodzielnych. Każdy standard odzwierciedlał przyjętą koncepcję pielęgnacji kompensacyjnej oraz organizację pracy i metodę postępowania w formie procesu pielęgnacyjnego.

Standard jest opisywany i oceniany przez kryteria:

- struktury (warunki, wyposażenie, kwalifikacje kadry itp.)

- procesu (metoda postępowania; w przypadku pielęgnacji podstawowej jest to proces pielęgnowania, składający się z diagnozy, ustalenia planu pielęgnowania, realizacji planu i oceny postępowania)
- wyniku (założony w oświadczeniu standardowym efekt wdrożonego standardu).

Standardy i procedury stosowane w modelu badawczym odzwierciedlały aktualną wiedzę oraz nowoczesne metody i uwarunkowania opieki, stosowane w innych krajach Unii Europejskiej. W standaryzacji postępowania pielęgnacyjnego duże znaczenie miał proces wprowadzenia i implementacji standardów. Standardy ulegały okresowej ocenie i weryfikacji, dokonywanej wspólnie z pracownikami, których dotyczyły. Wpływ na zakres weryfikacji miały: potrzeby klientów, uaktualnianie wiedzy medyczno-pielęgnacyjnej oraz systematyczna poprawa w umiejętnościach kadry pielęgniarstwa i opiekuńczej, a także rosnąca liczba i różnorodność sprzętu wspomagającego. Ponieważ standardy i procedury były wiążące dla pracowników, były opisywane w sposób prosty i zrozumiały, zarówno dla pracowników jak i klientów. [Aneks]

Ryc. 24. Schemat budowy standardu w modelu kompleksowej opieki długoterminowej



Wszystkie standardy zakładowe były komplementarne względem siebie i składały się na indywidualnie modyfikowany kompleks świadczeń. Model badawczy funkcjonował w oparciu o standardy:

- podstawowej pielęgnacji,
- pielęgnowania osoby umierającej i postępowania po jej śmierci,
- podnoszenia i przemieszczania pacjentów,
- komunikowania się,
- profilaktyki i leczenia odleżyn
- rehabilitacji,
- terapii zajęciowej,
- dokumentowania świadczeń,
- utrzymania higieny, z procedurą higienicznego mycia rąk mycia.

Każdy standard miał metryczkę określającą:

- rodzaj standardu,
- datę jego wprowadzenia, przeglądu i weryfikacji
- podpis dyrektora zakładu
- podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych.

Metryczka standardu zawierała także oświadczenie standardowe oraz informację dla pacjenta / klienta jaki zakres świadczeń jest standaryzowany i co deklaruje się poprzez stosowanie standardu, np.:

- 1) Podstawowa pielęgnacja pacjenta - poprzez systematyczną podstawową pielęgnację dążymy do utrzymania stabilnego stanu biologicznego i zapobiegamy powikłaniom wynikającym z braku właściwej higieny i długotrwałego unieruchomienia, tj. odparzeniom, odleżynom, przykurczom, powikłaniom zakrzepowym, powikłaniom ze strony układu oddechowego, pokarmowego oraz moczowego.



- 2) Pielęgnowanie osoby umierającej i postępowanie po jej zgonie - zapewniamy warunki do godnego umierania. Umierający i jego bliscy otrzymają profesjonalną pomoc zespołu terapeutycznego. Traktujemy z szacunkiem ciało, umysł i duszę człowieka. Życzenia, potrzeby oraz prawa umierającego i jego rodziny mają centralne znaczenie i są spełniane, jeżeli warunki Centrum pozwalają na ich spełnienie.
- 3) Podnoszenie i przemieszczanie pacjentów - przy podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów przestrzegamy zasad bezpieczeństwa i ergonomii. Zapobiegamy skutkom wadliwego podnoszenia i przemieszczania, a szczególnie bólowi, upadkom, otarciom, krwiakom, odleżynom, uszkodzeniom ścięgien i mięśni. Poprzez obowiązkowe stosowanie sprzętu wspomagającego, poprawiamy jakość pielęgnacji, chronimy zdrowie pracowników, zapobiegamy przeciążeniom fizycznym, bólowi i urazom kręgosłupa.
- 4) Komunikowanie się - dążymy do zdobycia wzajemnego zaufania i osiągnięcia maksymalnie dobrego kontaktu z pacjentem i jego rodziną w celu osiągnięcia założonego celu pielęgnowania.
- 5) Profilaktyka i leczenie odleżyn - u każdego pacjenta oceniamy ryzyko wystąpienia odleżyn. U pacjentów z grupy ryzyka skutecznie zapobiegamy powikłaniom odleżynowym. W profilaktyce stosujemy nowoczesne metody i sprzęt. U pacjentów przyjętych do Centrum z ranami odleżynowymi stosujemy nowoczesne kompleksowe leczenie i zapobiegamy powstawaniu nowych odleżyn.
- 6) Rehabilitacja i usprawnianie - dążymy do osiągnięcia przez pacjenta maksymalnej sprawności i samodzielności w zaspokajaniu własnych potrzeb.
- 7) Terapia zajęciowa - dążymy do osiągnięcia przez pacjenta sprawności i samodzielności w zaspokajaniu własnych potrzeb.
- 8) Dokumentowanie świadczeń - dążymy do precyzyjnego monitorowania realizowanych w zakładzie świadczeń zdrowotnych i pielęgnacyjnych w celu utrzymania systematycznej, kompleksowej pracy zespołu terapeutycznego ukierunkowanej na osiągnięcie założonego celu.

- 9) Profilaktyka i zwalczanie zakażeń - dążymy do utrzymania stanu sanitarno – epidemiologicznego w Centrum, zgodnie z zaleceniami Państwowego Inspektoratu Sanitarnego oraz ochrony pacjentów i personelu przed zakażeniami.
- 10) Utrzymanie higieny - dążymy do zachowania estetyki, profilaktyki i eliminacji zakażeń. Personel myje ręce przed i po każdym kontakcie terapeutycznym z pacjentem oraz przed zabiegami w celu zmniejszenia ilości zakażeń.
- 11) Edukacji pacjentów - dążymy do wyeliminowania ryzyka powikłań zdrowotnych oraz do osiągnięcia przez pacjenta i jego rodzinę (opiekuna) maksymalnej w danej jednostce chorobowej i stanie pacjenta, sprawności i samodzielności w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych.

Pracownicy medyczni w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej byli obowiązani także stosować się do, ustalonych przez kierownictwo Centrum, procedur postępowania, m.in. w stanach zagrożenia życia, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, leczenia odleżyn, podnoszenia i przemieszczania, postępowania w stanach nietrzymania moczu, przyjęcia i wypisu pacjenta, żywienia pacjentów, postępowania farmakologicznego, postępowania przeciwbólowego, opieki duszpasterskiej, cewnikowania pęcherza moczowego,

Podstawowe standardy, bezpośrednio związane z pielęgnacją kompensacyjną i dotyczące aktywności zawodowej opiekunów medycznych zostały zawarte w Aneksie.

### **7.2.1. Warunki lokalowe i wyposażenie warunkujące jakość pielęgnacji**

Założone przez autorkę Stowarzyszenie zakupiło budynek (z bonifikatą udzieloną przez władze Miasta Olsztyn), rozbudowało go, wykonało generalny remont i zaadoptowało do potrzeb modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Warunki lokalowe i wyposażenie zostało w całości dostosowane do teoretycznych założeń pielęgnacji kompensacyjnej.<sup>82</sup>

W budynku wyodrębniono 5 modułów pielęgnacyjnych, w tym 3 sale 10 – łóżkowe oraz 2 sale – 4 łóżkowe i pokój jednoosobowy, patrz fotografie zamieszczone w Aneksie na rycinie 9 i 10 .

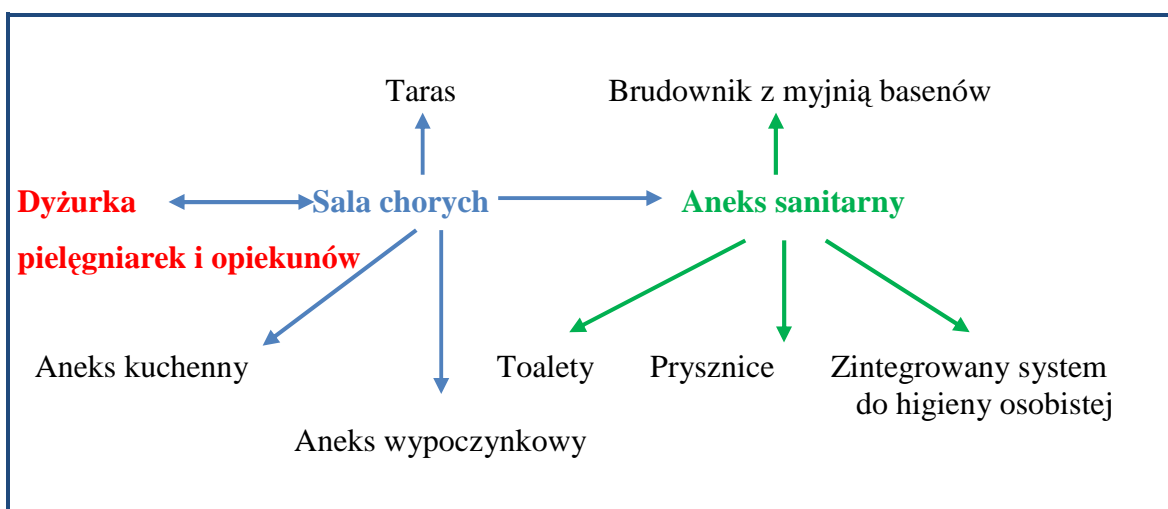
---

<sup>82</sup> Na wygląd i funkcjonalność sal pielęgnacyjnych zdecydowany wpływ wywarł wyjazd studyjny do Anglii.

Każda sala pielęgnacyjna wyposażona była w nowoczesne łóżka pielęgnacyjne z elektrycznym sterowaniem i pełnym oprzyrządowaniem ( wysięgniki, wieszaki do kroplówek, barierki zabezpieczające przed wypadnięciem), Sale miały bezpośredni dostęp do aneksu sanitarnego składającego się z przystosowanych toalet, prysznicy i zintegrowanego systemu do higieny osobistej, patrz fotografie zamieszczone w Aneksie na rycinach od 2 do 8.

Każda 10 łóżkowa sala pielęgnacyjna miała swoją dyżurkę pielęgniarską, patrz fotografia zamieszczona w Aneksie na rycinie 12

**Ryc. 25. Schemat modułu pielęgnacyjnego w modelu kompleksowej opieki długoterminowej**



Źródło: Opracowanie własne

Taki sposób zaprojektowania warunków lokalowych wynikał z przemyśleń autorki na temat potrzeb osób całkowicie zależnych od opieki. Żeby było możliwe ustalenie jakie warunki są optymalne dla pacjentów i opiekującego się nimi personelu, w modelu funkcjonowały trzy rodzaje sal, 10 łóżkowe z przypisanymi im dyżurkami pielęgniarek oraz stała obecnością personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego oraz dwa pokoje 4 łóżkowe i jeden pokój 1 łóżkowy, gdzie personel przebywał w trakcie wykonywania zabiegów i na wezwanie. Każda z sal chorych miała różnorodne, nowoczesne, uzupełnianie w zależności od potrzeb, wyposażenie. Każda miała również odpowiednio dużą przestrzeń tak, by bez przeszkód mógł być użyty każdy rodzaj sprzętu wspomagającego oraz to co zdaniem autorki jest niezwykle ważne, zabezpieczone prawo do intymności. Wokół każdego łóżka można było zaciągnąć parawan, który

izolował pacjenta od innych i zabezpieczał przed wzrokiem postronnych osób w trakcie zabiegów higienicznych i terapeutycznych. Jednocześnie pacjent wiedział, że wokół niego są inni pacjenci i personel, który w każdej chwili może podejść. Dawało to poczucie bezpieczeństwa i zapobiegało ciągłemu przyzywaniu personelu bez obiektywnej potrzeby. Patrz fotografia zamieszczona w Aneksie na rycinie 11.

Z uwagi na fakt, że opieką obejmowane były wyłącznie osoby obłożnie chore i wymagające wzmożonej pielęgnacji, niemal wszyscy pacjenci preferowali sale duże. Charakterystyczna była reakcja rodzin, które w imieniu swych bliskich załatwiały formalności związane z przyjęciem. Z reguły członkowie rodzin opowiadali się za jak najmniejszą salą, a najlepiej jednoosobową. Jednak już w trakcie pobytu chorego w Centrum zmieniali zdanie.

Zdaniem autorki cierpienie człowieka zamkniętego we własnym ciele jest niewyobrażalne i skazanie tego człowieka na długi pobyt w małej sali, z jedną lub dwoma osobami w takim samym, ciężkim stanie jest zbędnym okrucieństwem. Autorka oparła swą koncepcję pielęgnacji kompensacyjnej na wewnętrznym przekonaniu, że osoby długotrwale unieruchomione powinny przebywać w przestronnych, jasnych pomieszczeniach, w większej grupie ludzi wśród codziennego gwaru. Przed ich oczyma powinien odbywać się nieustanny spektakl. Bliska staje się nie tylko stale obecna opiekunka, ale także każdy często odwiedzający tę salę gość z zewnątrz. Grono znajomych poszerza się. Jest temat do rozmowy, powód do narzekań a nawet do sprzeczki z sąsiadem obok. Jest to skuteczne zaspokajanie potrzeby aktywności społecznej i przynależności

Jednak najważniejsze jest poczucie bezpieczeństwa pacjentów oraz ich pielęgniarek i opiekunów. Możliwość stałej obserwacji osób, które nie są w stanie wyartykułować swoich potrzeb i zgłosić niepokojących objawów, jest nie do przecenienia. Opiekunowie rozpoznają po grymasach twarzy, kolorze skóry, zmienionym zachowaniu, że coś się dzieje, a przebywając przez długi czas wśród swoich pacjentów mają możliwość nauczenia się wspólnego komunikowania pozawerbalnego. Opiekunki i pielęgniarce nie muszą nieustannie przemieszczać się od sali do sali i niepokoić się, że w czasie gdy zajmują się jednym pacjentem, w drugiej sali inny pacjent przywołuje je bezskutecznie przeżywając przy tym duży lęk.

Także każdy inny terapeuta podchodząc do jednego pacjenta ma wgląd na zachowanie pozostałych, co pomaga mu w planowaniu pracy, kolejności i dobrze czynności terapeutycznych, patrz fotografia zamieszczona w Aneksie na rycinie 9.

Pokój jednoosobowy został zlikwidowany po roku funkcjonowania, gdyż żaden pacjent nie chciał w nim przebywać. Zmiana zachowania się pacjentów, zależnie od tego w jakiej sali przebywali, dała autorce podstawę do twierdzenia, że w zakładach pielęgnacyjnych nie powinno być pokoi jednoosobowych czy izolatek, szczególnie nie powinni w nich być umieszczani pacjenci, którzy nie mogą samodzielnie opuścić łóżka i sali w której przebywają.

Wszystkie pomieszczenia pielęgnacyjne i sanitarne były pozbawione jakichkolwiek barier architektonicznych oraz zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt zwiększający bezpieczeństwo pacjenta i ograniczający wysiłek fizyczny personelu przy zabiegach pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, patrz fotografia zamieszczona w Aneksie na rycinie 17. Zasada ta dotyczyła także innych działów modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Opiekunowie i wszyscy pozostali pracownicy mieli swobodny dostęp do magazynów sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego, który indywidualnie był dobierany w zależności od potrzeb, patrz fotografie zamieszczone w Aneksie na rycinach 15, 16 oraz 18.

### **7.3. Opiekun medyczny – etos i profesjonalizm**

Jednym z celów pośrednich pracy było zbadanie możliwości poszerzenia kręgu pielęgnujących profesjonalistów i oparcia ich aktywności zawodowej na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej. Koncepcja ta w ramach modelu badawczego została uznana za teoretyczną (ideową) podstawę funkcjonowania tego nowego zawodu, który autorka nazwała opiekunem medycznym, czyli opiekunem zaangażowanym w proces leczenia. Obserwacje poczynione na modelu badawczym, potwierdziły hipotezę, że opiekunowie medyczni mogą przejąć część kompetencji zawodowych pielęgniarek dotyczących zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych i stanowić kadre podstawową w zakładach opieki długoterminowej. Praktyczne zweryfikowanie kompetencji zawodowych opiekunów medycznych oraz promowanie przez autorkę nowych rozwiązań w opiece długoterminowej przyczyniło się do wpisania opiekuna medycznego do klasyfikacji szkolnictwa zawodowego<sup>83</sup>. Tym samym powstała podstawa do kształcenia w tym zawodzie i szansa na jego funkcjonowanie na rynku usług medycznych i opiekuńczych. W projekcie rozporządzenia Ministra Pracy

---

<sup>83</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860)

i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania pod pozycji Nr 5321 oznaczającą pomocniczy personel medyczny został wpisany pod Nr 532102 opiekun medyczny. Zaznaczono tu również, że jest to tzw. Zawód szkolny, co oznacza, że kwalifikacje w tym zawodzie zdobywa się w wyniku ukończenia szkoły.

Główne ograniczenie podmiotowe, występujące w toku badania, związane było z narzuconymi, przez NFZ, kryteriami kwalifikującymi do opieki stacjonarnej. Zgodnie z nimi do opieki długoterminowej kwalifikuje się tylko pacjentów obłożnie chorych ze sprawnością w zakresie samoopieki do 40 pkt. w skali Barthel. Tym samym, badaniem została objęta grupa pacjentów całkowicie niesamodzielnych, z negatywnymi rokowaniami co do poprawy stanu zdrowia oraz sprawności. Mimo to, dzięki systematycznej profesjonalnej pielęgnacji, u wielu z tych osób uzyskano znaczną poprawę ich stanu zdrowia i jakości życia. Uzyskane efekty pozwalają domniemywać, że skuteczność pielęgnacji kompensacyjnej wykonywanej przez opiekunów, byłaby zdecydowanie większa w przypadku pacjentów z niesamodzielnością umiarkowaną i znaczną. Podobnie odnosząc się do zakresu kompetencji opiekuna medycznego można przez analogię wnioskować, że jeżeli opiekun medyczny w zakresie swoich kompetencji zawodowych jest w stanie pomóc osobie obłożnie chorej i niesamodzielnej to tym samym te kompetencje będą odpowiednie w niesieniu pomocy osobom z ograniczoną samodzielnością i dobrym rokowaniem.

Od połowy 2007 roku istnieje możliwość kształcenia opiekunów medycznych oraz rozwoju systemu kształcenia ustawicznego w tym zawodzie. Zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego, kształcenie w zawodzie opiekun medyczny może być realizowane w szkołach policealnych dla młodzieży i dla dorosłych (w systemie stacjonarnym i zaocznym) w jednorocznym okresie nauczania. Możliwe jest także kształcenie w zasadniczych szkołach zawodowych, wyłącznie dla dorosłych, w dwuletnim okresie nauczania.

Minister Edukacji Narodowej zatwierdził podstawy programowe oraz program ramowy nauczania opiekuna medycznego.<sup>84</sup> Zgodnie z nim absolwent szkoły kształcącej

---

<sup>84</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych programów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 124, poz. 860); Symbol cyfrowy podstawy programowej 513[02]/ZSZ/MEN/2007.07.27, treść Programu ramowego nauczania opiekuna medycznego jest dostępna na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji

w zawodzie opiekun medyczny powinien być przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych:

- 1) rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku,
- 2) pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych,
- 3) pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności społecznej,
- 4) aktywizowania osoby chorej i niesamodzielnej do zwiększania samodzielności życiowej,
- 5) zapewniania osobie chorej i niesamodzielnej bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,
- 6) zapewniania osobie chorej i niesamodzielnej higienicznych warunków otoczenia,
- 7) wykonywania zabiegów higienicznych,
- 8) współdziałania z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym,
- 9) asystowania pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских,
- 10) użytkowania urządzeń, przyborów oraz narzędzi do wykonywania zabiegów higienicznych,
- 11) konserwacji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских,
- 12) popularyzowania zachowań prozdrowotnych.

Powyższy zakres zadań zawodowych jest punktem wyjścia do wytyczenia kompetencji zawodowych opiekuna medycznego. Autorka uznała, że z uwagi na skalę problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa, należy szczególną wagę przyłożyć do ukształtowania etosu nowego zawodu i jego kompetencji. W związku z tym założyła Polską Szkołę Opiekunów Medycznych by zweryfikować ramowy program nauczania w praktyce edukacyjnej i porównać jego treść z materiałem badawczym i wynikami badań omówionych w niniejszej pracy.

Według Słownika Języka Polskiego, kompetencja to zakres pełnomocnictw i uprawnień, zakres czyjejś władzy, umiejętności lub odpowiedzialności.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Sobol E: Słownik języka polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.

Badacze problematyki kompetencji zawodowych proponują bardziej szczegółowe definicje. Najczęściej przytaczane, definiują kompetencje zawodowe jako zdolność wykorzystania przez człowieka jego wiedzy, umiejętności, systemu wartości i cech osobowości do osiągania celów, wyników i standardów oczekiwanych w związku z zajmowaniem przez niego określonego stanowiska pracy. Tak więc przez pojęcie kompetencje zawodowe rozumie się takie treści jak wykształcenie i umiejętności ale także doświadczenie zawodowe, osobowość zawodową i sprawności zawodowe.

W niektórych definicjach tego pojęcia uwzględnia się także, poza kompetencjami zawodowymi, znaczenie kompetencji społecznych, zwanych kompetencjami miękkimi. Kompetencje społeczne odnoszą się do umiejętności budowania i utrzymywania relacji międzyludzkich. W pracy opiekuna medycznego są one niezwykle ważne.

Kompetencje jako zakres wiedzy i umiejętności odnoszą się do umiejętności wyższego rzędu. Kompetentny opiekun to taki, który rozumie i wie co trzeba zrobić, wykonuje zadanie i dobrym przykładem oddziałuje na innych. Najczęściej, używający pojęcia kompetencji zawodowych, mają na myśli kwalifikacje (uprawnienia zawodowe) i doświadczenie.

Kwalifikacje zawodowe opiekuna medycznego rozumiane jako zakres i jakość przygotowania niezbędnego do wykonywania jakiegoś zawodu, obejmują poziom wykształcenia ogólnego, wiedzę zawodową, umiejętności zawodowe, umiejętności organizowania i usprawniania pracy oraz uzdolnienia i zainteresowania zawodowe. Oprócz tego na jakość kwalifikacji zawodowych wpływają kwalifikacje społeczno-moralne pracownika oraz jego właściwości fizyczno zdrowotne oraz wzorce kulturowe w jakich się wychował. W związku z brakiem uszczegółowienia ramowego programu kształcenia w pakietach edukacyjnych oraz brakiem podręczników do kształcenia w tym zawodzie może zdarzyć się, że na rynku usług zdrowotnych pojawią się opiekunowie medyczni, którzy będą mieli kwalifikacje potwierdzone dyplomem, ale nie będą umieć wykonać niektórych czynności zawodowych. I tak o osobie legitymującej się dyplomem opiekuna medycznego, która nie umie użyć podnośnika wspomagającego przemieszczanie osób unieruchomionych, można z całą pewnością powiedzieć, że jest niekompetentna. W związku z tym, że w Polsce nie było dotąd tradycji używania sprzętu wspomagającego pielęgnację, należy zwrócić szczególną uwagę na



wyposażenie sal ćwiczeń i dobór miejsc praktyk, gdyż bez kompetencji nie można więc właściwie wykorzystać swoich kwalifikacji. Kompetencje są skutkiem - rezultatem osiągniętym przez ćwiczenie umiejętności i nabywanie doświadczeń podbudowanych przekonaniem, pewnością opartą na refleksji dlaczego tak a nie inaczej postąpić w danej sytuacji. Dlatego nie do przecenienia jest nie tylko miejsce odbycia praktycznej nauki zawodu ale także podstawa teoretyczna nauczania zawodowego. Zdaniem autorki, taką koncepcją może być pielęgnacja kompensacyjna wytyczająca etos zawodu, gdyż być kompetentnym to nie tylko umieć coś zrobić, ale doskonale rozumieć sens swej pracy i dobrze sobie radzić z rozwiązywaniem problemów zawodowych.<sup>86</sup> Pielęgnacja kompensacyjna w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej wytyczyła misję, wizję i strategię funkcjonowania zawodowego. Koncepcja ta pomagała pielęgniarce i opiekunom w interpretacji zdarzeń zawodowych oraz podejmowaniu profesjonalnych decyzji, nawet gdy był to problem na który trafił opiekun po raz pierwszy.

Opiekunki stanowiły istotny element modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Kompetencje nabyły w trakcie cyklicznych szkoleń oraz praktyki zawodowej realizowanej pod nadzorem pielęgniarek i wykładowców z Niemiec. Mimo, że nie miały kwalifikacji opiekuna medycznego ( w trakcie badań zawód ten jeszcze formalnie nie istniał) działały zgodnie, z obowiązującymi w modelu badawczym, standardami pielęgnacji i opieki, pełniąc jednocześnie funkcję członków zespołu terapeutycznego, patrz Rozdział 5.2. Model kompleksowej opieki długoterminowej.

Autorka sądzi, że wiedza i umiejętności nabyte w toku kształcenia szkolnego powinny dać opiekunowi medycznemu kwalifikacje do skutecznego pomagania osobie chorej w zaspokajaniu podstawowych codziennych potrzeb życiowych, biologicznych, psychicznych i społecznych. Nie można pominąć specyfiki zawodu, która decyduje, że wiążąc kompetencje z rzeczywistym zakresem aktywności zawodowej, powinno się je uzależnić nie tylko od kwalifikacji ale także od stanu zdrowia i sprawności opiekuna, jego osobowości zawodowej i postawy moralnej opartej na akceptowanym społecznie systemie wartości. Konieczne jest by w ocenie opiekuna brać pod uwagę tzw. kompetencje miękkie, czyli umiejętność budowania i utrzymywania relacji z pacjentem, jego rodziną oraz innymi profesjonalistami zaangażowanymi w zespołowe działania

---

<sup>86</sup> Kęsy M.: Kompetencje zawodowe młodych – Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008

ukierunkowane na jeden cel - ograniczenie biologicznych i społecznych skutków niesamodzielności. Kompetencje opiekuna powinny być ściśle określone co pozwoli na uniknięcie sporów kompetencyjnych w ramach zespołu terapeutycznego. Kompetentny opiekun to taki, który realizując proces pielęgnowania umie posługiwać się skalą Barthel w ocenie poziomu samopielęgnacji i zna czas tolerowanego niedoboru poszczególnych potrzeb, czyli umie hierarchizować potrzeby<sup>87</sup>. Nie tylko bezpiecznie i skutecznie pomaga w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych ale także wie czy pacjenta powinien wyręczyć, wspomóc czy tylko udzielać rad.

Zważywszy na fakt, że podopiecznym opiekuna medycznego jest człowiek, którego bezpieczeństwo zdrowotne i psychiczne zależy od jego profesjonalizmu i etyki, zawód ten należy traktować jako zawód zaufania publicznego. Obligatoryjnym postępowaniem w tym obszarze usług powinien być wymóg kwalifikacji wobec wszystkich osób pracujących na stanowisku opiekuna medycznego. Podstawową metodą postępowania opiekunów, podobnie jak pielęgniarek, powinien być proces pielęgnowania, który rozpoczyna się od rozpoznania potrzeb, a następnie ustalenia i zrealizowania planu postępowania a kończy na ocenie osiągniętego efektu. Założony efekt działania, opiekun medyczny, osiąga poprzez indywidualnie dobierane metody pracy, np. asystowanie, wspieranie czy wyręczanie osoby niesamodzielnej, a także wykorzystanie nowoczesnych technologii i rozwiązań technicznych do kompensowania utraconej sprawności, patrz fotografie zamieszczone w Aneksie na rycinach od 18 do 26.

**Etos zawodowy**, opiekuna medycznego, wyrażać się będzie w profesjonalnej trosce o człowieka, który z powodu choroby lub urazu ma zaburzony mechanizm przystosowywania się do środowiska i bez pomocy innych osób nie może przetrwać. Zasady etyki zawodowej opiekuna medycznego wywodzić należy od praw pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na, powszechnie lekceważone w Polsce, prawo pacjenta do intymności i tajemnicy. Dążeniem autorki jest by kształcenie opiekunów medycznych było oparte na pragmatyzmie przepełnionym profesjonalną troską o człowieka.

„Współczucie nadaje naszemu życiu sens. Jest źródłem trwałego szczęścia, radości i fundamentem dobrego serca – serca, które pobudza do niesienia pomocy innym. Poprzez dobroć, czułość, szczerłość, uczciwość i sprawiedliwość wobec innych przysparzamy szczęścia sobie samym. Nie wynika to z jakiejś skomplikowanej teorii.

---

<sup>87</sup> Patrz 3.1.4.1. Zaspakajanie potrzeb

To kwestia zdrowego rozsądku. Nie da się zaprzeczyć, że troska o innych jest wartością samą w sobie... Możemy odrzucić wszystko: religię, ideologię, nabytą mądrość. Nie możemy uciec przed tym co niezbędne: miłością i współczuciem. Kiedy mówię o najważniejszym uczuciu ludzkim, nie mam na myśli czegoś przelotnego czy nieokreślonego. Mówię o właściwej nam wszystkim zdolności empatii. Termin ten oznacza niemożność zniesienia widoku cudzego cierpienia, ponieważ pozwala nam do pewnego stopnia uczestniczyć w bólu innych, jest to jedna z naszych najważniejszych cech. Oprócz naturalnej zdolności do empatii jest w nas również potrzeba zaznawania dobroci, która nie opuszcza nas przez całe życie. Dotyczy to zwłaszcza dzieciństwa i starości (Dalajlama)<sup>88</sup>

Kluczowe słowa zawodowe opiekuna medycznego to: niepełnosprawność, niesamodzielność, podstawowe potrzeby, pomaganie, pielęgnacja, opieka, kompensowanie, adaptacja i bezpieczeństwo.

Istotą profesji są działania pielęgnacyjne i opiekuńcze, świadczone w dłuższym okresie czasu lub stale osobom, które w związku z chorobą lub urazem są niepełnosprawne i niezdolne do samodzielnej egzystencji. Zakres profesjonalnego postępowania odnosi się do podstawowych potrzeb życiowych osoby niesamodzielnej oraz jej adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością. Profesjonalizm opiekuna medycznego wyrażać się będzie w umiejętności rozpoznania i uaktywnienia rezerw somatycznych i psychicznych człowieka niesamodzielnego oraz wykorzystania nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności w realizacji jego podstawowych potrzeb życiowych. Przełoży się to bezpośrednio na efekt adaptacji i lepszą jakość życia człowieka chorego i niesamodzielnego. Opiekun medyczny powinien mieć świadomość znaczenia swego oddziaływania na sytuację życiową chorej osoby niepełnosprawnej, co wyrażać się będzie w poczuciu odpowiedzialności za skutki swego postępowania. Ramowy program kształcenia wydaje się zbyt obszerny jak na roczne kształcenie i dlatego niezbędne jest logiczne łączenie poszczególnych tematów w zestawy pozwalające na holistyczne ujmowanie problematyki deficytów zdrowia i niesamodzielności. Każdy temat objęty programem nauczania w zawodzie opiekun medyczny, powinien być przedstawiany poprzez pryzmat zaspokajania potrzeb człowieka, wyłącznie z punktu widzenia i doświadczeń człowieka niesamodzielnego. Zaburzenia działania poszczególnych układów powinno się ukazywać poprzez

---

<sup>88</sup> Dalajlama: Etyka na nowe tysiąclecie, Politeja, Warszawa 2000

specyfikę działania opiekunów z chorymi mającymi objawy najczęściej występujących jednostek chorobowych. Nie chodzi tu o szczegóły kliniczne ale podstawowe objawy i wpływ choroby na samodzielność oraz świadomość zagrożeń. Podobnie pozostałe treści nauczania powinny być przekazywane tylko w kontekście praktyki zawodowej opiekuna medycznego, w takim zakresie by potrafił on budować prawidłowe relacje z pacjentem, jego rodziną oraz z pielęgniarką, która zleca mu pielęgnację i nadzoruje jego pracę. Opiekun ma także obowiązek dbać o swoje bezpieczeństwo, a więc powinien być świadomy zagrożeń związanych ze sprawowaniem opieki, szczególnie w warunkach nie dostosowanych do pielęgnowania osób długotrwale unieruchomionych.

### **7.3.1. Dokumentacja opiekuna medycznego**

W związku z narastającym brakiem pielęgniarek w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej powstaje problem z zabezpieczeniem potrzeb osób, które poza leczeniem wymagają także wzmożonej pielęgnacji. Należy spodziewać się dużego zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze wszędzie tam gdzie przebywają niesamodzielne chore osoby. Wykonanie tych usług mieści się w kompetencjach pielęgniarek, ale zasadniczo będzie je realizował opiekun medyczny.

Pielęgnacja jest niezbędnym świadczeniem towarzyszącym świadczeniom zdrowotnym i ma zasadniczy wpływ na ogólny stan pacjenta. W ustawie o ZOZ jest wymieniana wśród innych świadczeń zdrowotnych. Jako taka powinna być kontrolowana i podlegać ocenie. Z uwagi na zakres kompetencji i zawodowej odpowiedzialności, opiekun medyczny powinien dokumentować wszystkie wykonywane czynności.

Dokumentacja dotycząca świadczeń pielęgnacyjnych, opracowana na potrzeby modelu badawczego, odzwierciedla ideę koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej i jest tak skonstruowana by można było precyzyjnie dokumentować przebieg procesu pielęgnowania. Proces pielęgnowania składa się z 4 etapów: rozpoznania potrzeb, ustalenia planu pielęgnowania, wykonania zaplanowanych czynności i oceny efektów działania.

Czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze były pogrupowane i dokumentowane na oddzielnych arkuszach, w tym:

- diagnoza pielęgnacyjna, dotyczy rozpoznania potrzeb i możliwości osoby objętej opieką,
- plan pielęgnowania i opieki,
- karta zmiany pozycji ciała,
- karta obserwacyjna,
- wywiad pielęgnacyjny zwany też wywiadem opiekuna medycznego.

Do wyżej wymienionych arkuszy wpisów dokonywały pielęgniarki i opiekunowie medyczni, zależnie od tego kto wykonywał daną czynność. Z tym, że diagnoza potrzeb i jej opis należały do kompetencji pielęgniarek. Ciągła, kilkuletnia obserwacja funkcjonowania modelu badawczego i formalne powstanie zawodu opiekuna medycznego, zadecydowały o ostatecznej weryfikacji stosowanych arkuszy dokumentacji i rozszerzeniu kompetencji opiekuna medycznego także do diagnozowania potrzeb oraz ich dokumentowania, patrz Aneks – wzory dokumentacji opiekuna medycznego.

Wszystkie osoby realizujące zadania w ramach modelu badawczego obowiązywał standard dokumentowania, zgodnie z którym każdy terapeuta miał swój arkusz obserwacyjny, dostosowany do specyfiki jego działań, patrz Aneks – arkusze dokumentacji stosowane w modelu badawczym. Dokumentowanie świadczeń pielęgnacyjnych oparte było na zasadzie przejrzystości i czytelności informacji istotnych dla procesu pielęgnacji, opieki we wszystkich jego etapach i dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego.

Wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonane w ramach podstawowej pielęgnacji, oraz uwagi związane z ich realizacją, były odnotowane w indywidualnej dokumentacji pacjenta i podpisane przez osobę wykonującą.

Arkusze obserwacyjne pełniące funkcję dokumentacji procesu pielęgnowania były tak skonstruowane, że nie pozwalały na pominięcie jakichkolwiek aspektów dotyczących problemów i czynności pielęgnacyjnych. Jednocześnie były narzędziem samokontroli i nadzoru. Tak sporządzona dokumentacja dawała pełny, indywidualny obraz osoby objętej opieką, rodzaj, częstotliwość i czas wykonania czynności. Odnotowywany był także fakt zaplanowania czynności i ich niewykonania, łącznie z podaniem przyczyny.

Jak wspomniano wyżej, wzory dokumentacji stosowanej w trakcie badania, w kolejnych latach, ulegały niewielkiej modyfikacji. W części modyfikacja była narzucona przez urzędników NFZ, którzy korzystając ze wzorów dokumentacji stosowanych w modelu badawczym, wprowadzili własny standard dokumentowania w zakładach opieki długoterminowej ( ZOL i ZPO). Natomiast pozostałe zmiany wprowadzane były na wniosek członków zespołu terapeutycznego.

Wprowadzając standard dokumentowania procesu pielęgnacji, autorka korzystała z doświadczeń innych krajów. Z uwagi na fakt, że cały model badawczy był oparty na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, na którą znaczny wpływ wywarła teoria pielęgnowania Moniki Krohwinkel<sup>89</sup>, w dokumentowaniu tego zakresu świadczeń można rozpoznać niemiecką filozofię dokumentowania świadczeń medycznych. Zdaniem autorki standard dokumentowania stosowany w opiece długoterminowej w Niemczech, jest pragmatyczny, a jego elementy, po dostosowaniu mogły być aplikowane w modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Przyjęcie niemieckiej koncepcji dokumentowania świadczeń pielęgnacyjnych, miało wpływ na opracowanie dla potrzeb modelu badawczego arkuszy obserwacyjnych, patrz Aneks – arkusze obserwacyjne. Pierwsza i podstawowa różnica, w stosunku do dotychczas prowadzonej dokumentacji pielęgnarskiej w polskich zoz-ach, to odejście od opisowego przedstawiania sytuacji, na oddziale, w ogólnych raportach pielęgnarskich na rzecz ankietowego wypełniania indywidualnej dokumentacji. Dokumentację wypełnia się poprzez określanie w treści dokumentacji tego co zostało wykonane, albo faktu, który dotyczy tego konkretnego pacjenta. Tym samym dokumentacja zwraca uwagę personelu na fakty i czynniki istotne w pielęgnacji, a jednocześnie poprzez zakreślenie w pełnym standardowym wykazie czynności do wykonania, daje wgląd co jeszcze nie zostało zrobione i dlaczego. Opiekun lub pielęgniarz wpisuje dodatkową treść jeżeli wystąpiła sytuacja ponadstandardowa. Wypełnienie tej dokumentacji, mimo dużego stopnia szczegółowości, wymaga znacznie mniej czasu niż dokumentacja wypełniania tradycyjnie przez opisywanie całego procesu pielęgnowania. Ponadto precyzyjność wpisów nie jest uzależniona od zdolności językowych i poziomu wykształcenia ogólnego opiekuna, co pozwala na uzyskanie obiektywnego obrazu osoby objętej opieką .

---

<sup>89</sup> Löser AP: Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel. Schlütersche, Hannover 2004.

Druga różnica wynika z, założonego w pielęgnacji kompensacyjnej, podejścia do pacjenta. Żeby pielęgnacja kompensacyjna była skuteczna niezbędne jest poznanie biografii pacjenta i znalezienie punktu wyjścia do rozpoznania jego możliwości i uzasadniania celowości podjętych działań terapeutycznych. Stąd w dokumentacji zapytania o zainteresowania i priorytety życiowe. Jest to podstawą do porozumienia się z pacjentami z zaburzeniami pamięci czy z zaburzeniami psychicznymi. Podobnie w dokumentacji przy każdej czynności pielęgnacyjnej czy opiekuńczej zaznacza się czy pacjent może wykonać daną czynność sam, czy trzeba mu pomóc lub go wyręczyć. Zasadą pielęgnacji kompensacyjnej jest zwiększenie samodzielności i jeżeli pacjent może zrobić cokolwiek sam, to błędem w sztuce pielęgnowania jest wykonywanie tego za niego, np. z tego powodu, że opiekun zrobi to szybciej i lepiej.

Ostatecznie plan pielęgnowania i opieki został podzielony na pięć części:

- pielęgnacja podstawowa,
- obserwacja,
- komunikowanie się,
- opieka
- ocena

Czynności związane z pielęgnacją podstawową zostały wymienione w kolejności odpowiedniej do czasu tolerancji niedoboru. I tak na pierwszym miejscu jest wymieniona czynność – podawanie płynów. Zaznaczenie tej pozycji w planie pielęgnowania z jednoczesnym zaznaczeniem, że pacjent jest niesamodzielny w zaspokojeniu tej potrzeby, skutkowało tym, że opiekun podchodząc do pacjenta miał obowiązek sprawdzić czy i kiedy pacjent przyjmował płyny, a także podać mu napój. Jest to bardzo ważne, gdyż pacjenci obłożnie chorzy, a także wiele osób w podeszłym wieku ma bardzo małe łaknienie i płyny przyjmuje w małych ilościach, nierzadko pojedynczymi łykami.

Podobnie, wyglądała sprawa ze zmianą pozycji ciała. Zaznaczenie tej czynności w planie pielęgnowania z jednoczesnym wskazaniem na niesamodzielność pacjenta, skutkowało założeniem karty zmiany pozycji ciała, która jako jedyna karta indywidualnej dokumentacji pacjenta znajdowała się przy jego łóżku. Każdy opiekun

ale także członek zespołu terapeutycznego, podchodząc do pacjenta przy którego łóżku wisiała ta karta, miał obowiązek sprawdzenia kiedy pacjent miał zmienianą pozycję i jeżeli ostatni zapis był dokonany przed godziną, to dokonuje tej czynności zgodnie z obowiązującym standardem.

## 7.4. Organizacja modelu kompleksowej opieki długoterminowej

Stworzenie modelowej placówki opieki długoterminowej, realizującej autorski program kompleksowej opieki długoterminowej o szerokim oddziaływaniu społecznym, było przedsięwzięciem wymagającym dużych nakładów finansowych. Był to podstawowy cel założonego przez autorkę Stowarzyszenia na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol” z siedzibą w Olsztynie. Autorka zyskała wielu zwolenników dla programu poprawy jakości opieki długoterminowej, co pozwoliło na stworzenie bazy lokalowej i wieloletnie finansowanie modelu badawczego i realizowanego w jego ramach programu pod nazwą „Kompleksowa opieka długoterminowa”. Model badawczy funkcjonował w formie niepublicznego zakładu opieki długoterminowej pod nazwą Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji, w Olsztynie przy ul. Boenigka 9.

Rycina 26. Model kompleksowej opieki długoterminowej



Źródło: opracowanie własne



W utworzonym modelu badawczym uwzględniono te elementy, które zadaniem autorki są nie tylko istotne dla jakości opieki ale wręcz warunkują wdrożenie pielęgnacji kompensacyjnej jako koncepcji wiodącej w pielęgnacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. A więc dostosowano do przyjętej koncepcji pielęgnacji warunki lokalowe, wyposażenie, kadre i jej kwalifikacje, standardy zaspokajania potrzeb chorych i niesamodzielnych osób, indywidualne procesy pielęgnowania, opieki i terapii, dokumentację i organizację niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Centrum wyposażone było w sale chorych umożliwiające prowadzenie stałej obserwacji 39 pacjentów. Pielęgniarki i opiekunki pracowały w systemie zmianowym zgodnie, z prawem obowiązującym zakłady opieki zdrowotnej.

W ramach Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji zorganizowano:

- dział stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- dział pielęgniarских świadczeń domowych,
- dział domowych usług opiekuńczych,
- dział rehabilitacji,
- wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego,
- dział obsługi klienta,
- dział administracyjno-szkoleniowy i kadr,
- dział finansowo-księgowy,

Projekt był stopniowo realizowany, od 1996 roku, z założeniem że badania będą rozpoczęte gdy model osiągnie pełen kształt i zakres – cel ten osiągnięto w końcu 2000 roku. Celem projektu było opracowanie i zweryfikowanie w praktyce rozwiązań, które poprawią jakość polskiego systemu ochrony zdrowia w obszarze świadczeń dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Rozwiązania te miały być zbieżne z polityką Unii Europejskiej. Modelowe rozwiązanie miały cechować: ciągłość, kompleksowość, humanitaryzm i ekonomizacja, ale przede wszystkim pragmatyczność i możliwość aplikowania do systemu opieki długoterminowej w Polsce.

Model kompleksowej opieki długoterminowej:

- miał misję wyrażoną w haśle: „z nami łatwiej”,

- ukierunkowany był na lepszą jakość życia chorego człowieka niepełnosprawnego,
- oferował ciągłą, kompleksową opiekę długoterminową pacjentom w fazie choroby skutkującej znaczną i pogłębiającą się niesamodzielnością aż do momentu śmierci,
- miał na celu wspomaganie jak najdłuższej lub stałej obecności osoby przewlekle chorej, niepełnosprawnej i niesamodzielnej w miejscu zamieszkania i wzmacnianie wydolności opiekuńczej rodziny,
- podtrzymywał i umacniał zdrowie oraz uczył sposobów życia z niepełnosprawnością,
- oferował nową jakościowo opiekę pielęgniarstwa i znaczne rozszerzenie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- wypromował nowy zawód medyczny, przyczynił się do rozwoju kształcenia w zawodzie opiekun medyczny,
- promował nowe rozwiązania ukierunkowane na poprawę jakości opieki długoterminowej, m.in. we współpracy z kreatorami polityki zdrowotnej, władzami samorządów lokalnych, kasami chorych, Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz instytucjami związanymi z pomocą społeczną,

Stale źródła finansowania modelu badawczego:

- Budżet gmin - usługi opiekuńcze realizowane w ramach umów zawartych z miejskimi i gminnymi ośrodkami pomocy społecznej,
- Ubezpieczenia zdrowotne (Umowa z Kasą Chorych a następnie NFZ) – umowa na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej,
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – rehabilitacja usprawniająca, w ramach umowy na realizację Programu Partner, od 2005 w ramach Programu ograniczania skutków niepełnosprawności, PFRON finansował koszty prowadzenia wypożyczalni sprzętu,

- Współfinansowanie przez pacjentów kosztów zakwaterowania i wyżywienia w Centrum Pielęgnacyjnym „Niebieski Parasol“ – wymóg ustawy<sup>90</sup>

Stowarzyszenie pozyskiwało także inne źródła finansowania, należały do nich: stała pomoc rzeczowa i edukacyjna Zakonu Rycerzy Joannitów z Niemiec, darowizny osób fizycznych i firm oraz realizacja wielu projektów na zlecenie różnych instytucji państwowych i samorządowych. Projekt cieszył się dużym zainteresowaniem, także w środowisku osób zajmujących się organizacją i świadczeniem opieki długoterminowej. Model kompleksowej opieki długoterminowej był prezentowany i omawiany na wielu konferencjach tematycznych. Większość rozwiązań zastosowanych w modelu, w części dotyczącej opieki stacjonarnej, było aplikowanych do praktyki niemal wszystkich ZOL czy ZPO. Opieka długoterminowa realizowana w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, to długookresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Pełna kompleksowa opieka była realizowana, stacjonarnie, przez jednostki organizacyjne Modelu. Podjęto próbę realizacji w warunkach domowych kompleksowej opieki długoterminowej, ale podejście urzędników w miejskich i gminnych ośrodkach pomocy społecznej skutecznie to uniemożliwiało.

#### **7.4.1. Zespół terapeutyczny – podział kompetencji**

Efektywność modelu kompleksowej opieki długoterminowej była wynikiem ścisłej współpracy pielęgniarek i opiekunek z innymi terapeutami, ale także stosowania nowoczesnych technologii i dostępności do sprzętu wspomagającego, czy to kupowanego przez osobę wspomaganą (refundacje) czy to pożyczanego w wypożyczalni.

Partnerstwo profesjonalistów i praca w zespole terapeutycznym wymagała nie tylko rozszerzenia wiedzy ale także istotnej zmiany w podejściu do pacjenta i współpracowników. Zasadą stosowaną w modelu badawczym było kompleksowe, jednoczesne rozwiązywanie problemów osób niepełnosprawnych, szczególnie gdy

---

<sup>90</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

<sup>90</sup> Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.)

dotyczyło osób długotrwale unieruchomionych. Oznaczało to, że każda osoba zgłaszająca się do działu obsługi klienta, patrz fotografia w Aneksie zamieszczona na rycinie 1, nawet z drobnym z pozoru oczekiwaniem, np. wypożyczenie laski lub umówienie wizyty w poradni rehabilitacyjnej była rozpoznawana w przyjacielskiej rozmowie jako potencjalny klient kompleksowej opieki długoterminowej.

Z zasady osoby zgłaszające się po jakiś rodzaj pomocy, potrzebowały jej w większym zakresie niż to zgłaszały. Dopiero po rozmowie uświadamiały sobie potrzeby, możliwości ich zaspokojenia i znaczenie kompleksowej opieki. Rozmowy te z reguły potwierdzały braki z jakimi boryka się polski system ochrony zdrowia i wsparcia społecznego, a szczególnie brak koordynacji i współpracy między zakładami opieki zdrowotnej oraz instytucjami pomocy społecznej.

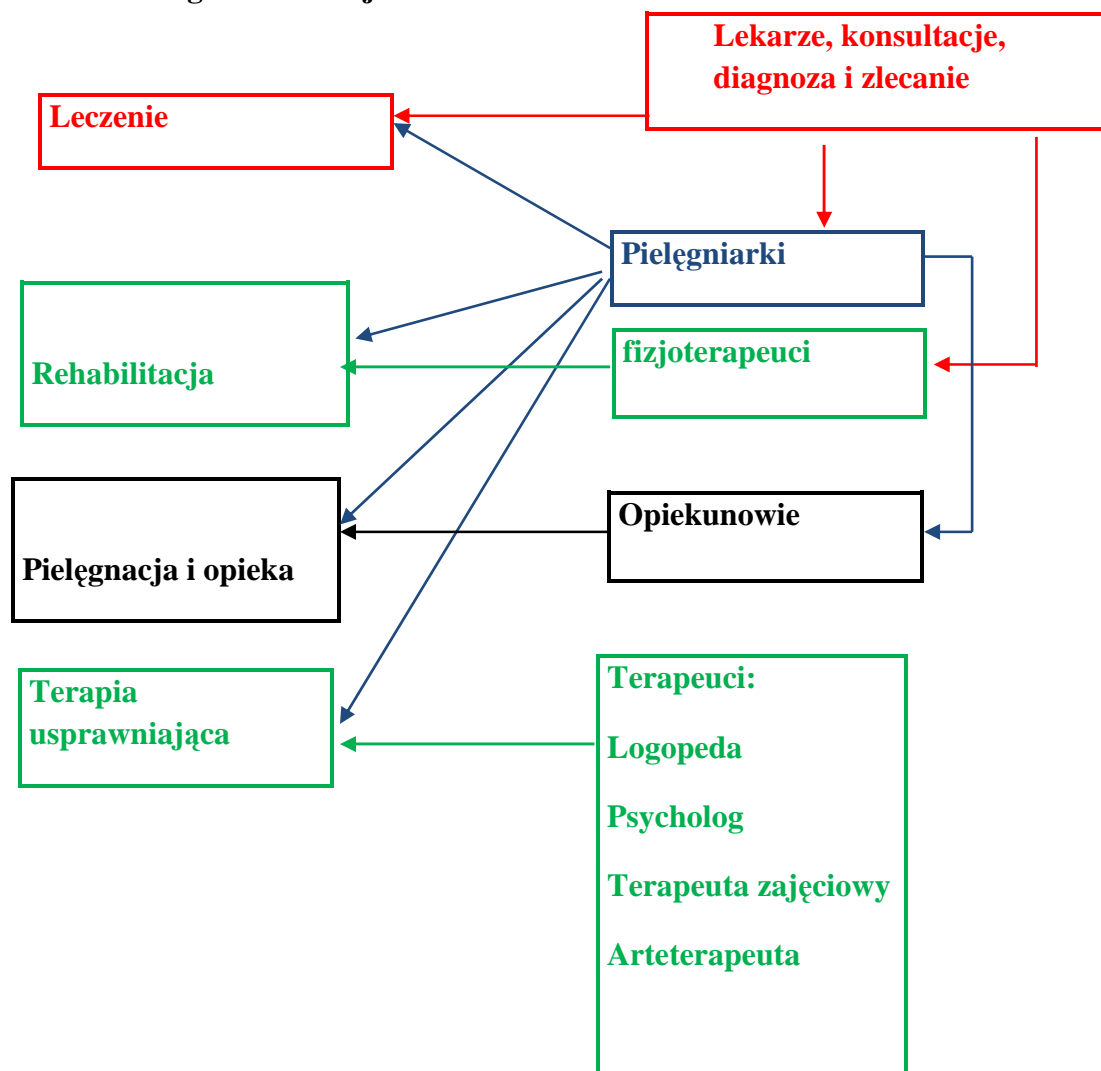
Z uwagi na to, autorka, w ramach modelu badawczego sprawdzała także możliwości współpracy i koordynacji działalności prowadzonej w ramach jednostek organizacyjnych Modelu, a także współpracy Centrum z innymi zakładami opieki zdrowotnej, także długoterminowej i gminnymi ośrodkami pomocy społecznej. Dążenie to znalazło swe odbicie w organizacji pracy oraz dokumentacji medycznej pacjenta.

Tam gdzie w grę wchodzi koordynacja pracy zespołowej, niezbędne jest precyzyjne określenie kompetencji i podzielenie zadań.

Kluczową potrzebą pacjenta / podopiecznego w opiece długoterminowej jest potrzeba stałej opieki pielęgniarstwa.

Część zadań może być realizowana przez medyczny personel pomocniczy – opiekuna medycznego, ale na zlecenie pielęgniarki i pod jej nadzorem.

Rycina 27. Podział kompetencji w zespole terapeutycznym w opiece długoterminowej



Źródło: opracowanie własne

### Pielęgniarka w modelu kompleksowej opieki długoterminowej

Kompleksowa opieka długoterminowa była zorganizowana w formie zespołu terapeutycznego, w którym wiodącą rolę pełniła pielęgniarka. W pielęgnacji kompensacyjnej pielęgniarka poza asystowaniem lekarzowi w procesie diagnozy i leczenia, gdzie przedmiotem jej oddziaływania jest deficyt zdrowotny, stała się także kreatorem procesu pielęgnowania, a przedmiotem jej oddziaływania były tkwiące w człowieku rezerwy somatyczne i psychiczne. Pielęgniarkę wspierał opiekun medyczny wykonując, pod jej nadzorem, czynności pielęgnacyjne objęte ustalonym przez nią procesem pielęgnowania. Podstawowa w pielęgniarskiej działalności

realizacja zleceń lekarskich dotyczących kontynuacji leczenia farmakologicznego nie była przedmiotem badań gdyż ten zakres aktywności pielęgniarstwa nie różnił się od standardów pielęgniarstwa w szpitalu. Pielęgnacja kompensacyjna w pełni potwierdza, że pielęgniarstwo jest zawodem, profesją, nauką i sztuką. W Polsce pielęgniarstwo jest zawodem samodzielnym co zostało usankcjonowane Ustawą.<sup>91</sup> Pielęgniarka, bez względu na miejsce pracy i formę zatrudnienia, wykonując zawód pielęgniarstwa, w ramach swych kompetencji realizuje świadczenia zdrowotne, które podlegają szczególnemu reżimowi prawnemu. Do świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarstwo należą w szczególności świadczenia lecznicze (np. podawanie leków), diagnostyczne, pielęgnacyjne, zapobiegawcze, w tym promocja zdrowia i niektóre świadczenia rehabilitacyjne. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarstwa uregulowane są kilkoma aktami prawnymi.<sup>92</sup> Poza ustawowymi regulacjami, wpływ na rozwój zawodu i jakość praktyki pielęgniarstwa w opiece długoterminowej ma aktywna działalność Konsultantów Krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie, coroczne tematyczne konferencje poświęcone wymianie doświadczeń oraz specjalistyczne wydawnictwa i piśmiennictwo.

W kompleksowej opiece długoterminowej pielęgniarstwo jest uprawniona do:

- organizowania pracy,
- diagnozowania, planowania i realizowania opieki pielęgniarstwa zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania terapeutycznego,
- koordynowania i nadzorowania pracy opiekunki.

Kompetencje pielęgniarstwa w opiece długoterminowej obejmują:

- Zebranie wywiadu pielęgniarstwa i ustalenie diagnozy pielęgniarstwa.
- Ustalenie planu opieki pielęgniarstwa.
- Realizację opieki pielęgniarstwa według ustalonego planu i stanu zdrowia pacjenta, w zakresie:

1) świadczeń pielęgnacyjnych, w tym:

- ustalania sposobów, form i metod indywidualnej pielęgnacji,

<sup>91</sup> Ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41 poz. 178 z późn. zm.).

<sup>92</sup> Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. Nr 57 z 2001 poz. 602 z późn. zm.), pozostałe akty prawne wymienione są w materiałach źródłowych .

- zlecanie opiekunom pielęgnacji i nadzór nad jej wykonaniem,
- pielęgnowanie w różnych fazach życia i choroby, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarstwa,
- wykonywanie niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych i higienicznych, zmiana środków pomocniczych i materiałów medycznych, jeżeli nie mogą być one wykonane przez pacjenta, członków jego rodziny lub opiekuna,
- przygotowanie do samoopieki oraz samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności,
- edukacja w zakresie kompensowania utraconej sprawności,

2) promocji zdrowia w chorobach przewlekłych i profilaktyki, w tym:

- rozpoznawanie i ocenianie ryzyka oraz zapobieganie powikłaniom,
- rozpoznawanie problemów zdrowotnych i potrzeb pielęgnacyjnych,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz dokonywanie oceny poziomu wiedzy, umiejętności i motywacji pacjentów oraz ich opiekunów;

3) świadczeń diagnostycznych, w tym:

- przeprowadzanie wywiadów środowiskowych,
- wykonywanie badania fizykalnego, obserwacja zabarwienia powłok skórnych, zabarwienia błon śluzowych, napięcia mięśniowego, obrzęków,
- wykonywanie pomiarów parametrów życiowych i ich ocena,
- wykonywanie glukometrii, glukotestów,
- prowadzenie bilansu płynów, dobowej zbiórki moczu,
- ocena stanu ogólnego pacjenta oraz przebiegu jego choroby,
- ocena i monitorowanie bólu w opiece paliatywnej;

4) świadczeń leczniczych, w tym:

- podawanie leków zleconych przez lekarza: doustnie, doodbytniczo, domięśniowo, podskórnym, dożylnym, we wlewie dożylnym, wziewnie, przez błony śluzowe, miejscowo,
- opatrywanie ran, zakładanie opatrunków,

- pomoc w żywieniu i nawadnianiu: zgłębnikowanie żołądka, pomoc w karmieniu, karmienie przez sondę, karmienie przez przetokę żołądkową, jelitową,
- wykonywanie zabiegów ułatwiających wydalanie: lewatywy, wlewki, założenie i usunięcie cewnika,
- pielęgnowanie pacjenta z przetokami i stomią,
- wykonywanie czynności wspierających funkcję oddechową: gimnastyka oddechowa, oklepywanie pleców, drenaż ułożeniowy, zmiana pozycji, wykonywanie inhalacji z zastosowaniem leków, doraźne podawanie tlenu, toaleta drzewa oskrzelowego (odśluzowywanie), toaleta rurki tracheostomijnej,
- wykonywanie zabiegów przeciwzapalnych z zastosowaniem ciepła i zimna: kompresy, okłady,
- zdejmowanie szwów,
- stosowanie baniek lekarskich,
- ustalanie diety i dobór technik karmienia,
- udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłych oraz w stanach zagrożenia życia - prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;

5) rehabilitacyjnych, w tym:

- rehabilitacja przyłóżkowa, prowadzenie ćwiczeń biernych, nauka siadania, chodzenia, pionizacja,
- usprawnianie ruchowe,
- drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej,
- układanie i przemieszczanie pacjenta w łóżku oraz transfer chorego z dysfunkcją ruchu.

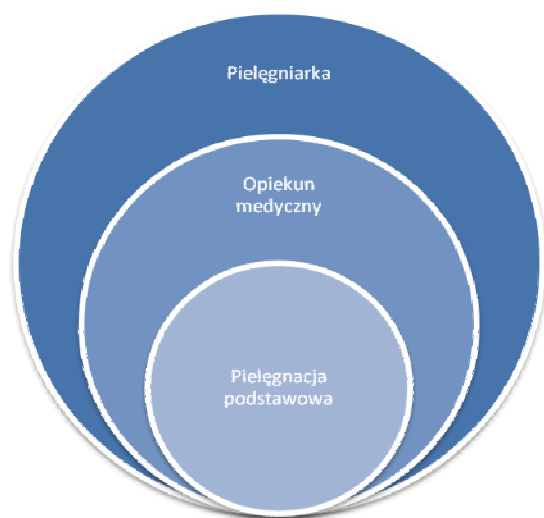
6) Dokumentowanie procesu pielęgnowania.

Pielęgniarka była partnerem pacjenta, opiekunów medycznych i terapeutów w realizacji wspólnego celu, którym jest uzyskanie możliwie dużej samodzielności pacjenta w zakresie realizacji podstawowych potrzeb. Problemy z tym związane są interdyscyplinarne i wielowymiarowe, co w naturalny sposób wywołuje potrzebę pracy



zespołowej, w której wzajemnie przenikają się role pielęgniarek, opiekunów i terapeutów. W modelu kompleksowej opieki długoterminowej charakterystyczne jest odejście od dotychczasowego pojmowania „pielęgnacji” jako domeny pielęgniarstwa i rozszerzenie kręgu „pielęgnujących profesjonalistów” o opiekunów medycznych. Pielęgniarki i opiekunki mają jeden zakres kompetencji i zadań zawodowych wspólny, jest nim pielęgnacja podstawowa stanowiąca trzon opieki długoterminowej.

Rycina 28. **Kompetencje pielęgniarstwa i opiekuńczego w modelu badawczym**



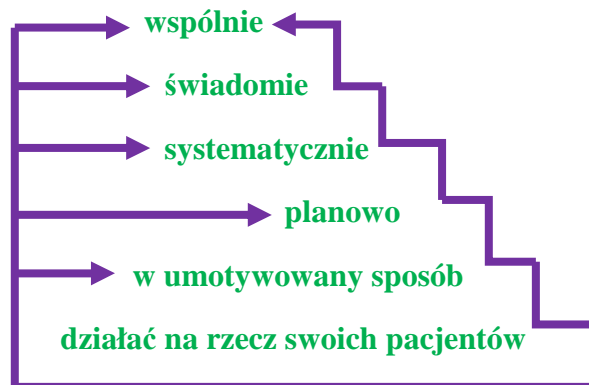
Zakres świadczeń wykonywanych przez pielęgniarke i opiekuna medycznego jest zróżnicowany z uwagi na różny poziom kompetencyjny pielęgniarek i opiekunów, związany z regulacją prawną tych zawodów (samodzielność i odpowiedzialność zawodowa) oraz poziomem kształcenia. Oba zawody, pielęgniarstwo i opiekuńcze, mają ten sam cel, który może i powinien być realizowany według tej samej koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej.

Wspólny model opieki wzmocni poczucie bezpieczeństwa pacjenta i efektywność działania pielęgniarstwa i opiekuńczego. Różnica w realizacji zadań w opiece długoterminowej przez pielęgniarke i opiekunkę wynika ze znacznie większych kompetencji pielęgniarstwa, która w związku z tym jest naturalnym koordynatorem procesu pielęgnacji.

Osoby pielęgnujące mają świadomość znaczenia swego oddziaływania i odpowiedzialności za tworzenie warunków do zwiększania niezależności chorej osoby niepełnosprawnej. Od ich skuteczności będzie zależeć czy osoba objęta opieką będzie mogła czuć się odpowiedzialna za własne zdrowie oraz życie i wyrażać to w naturalnym

obowiązku samoopieki. Takie podejście w końcowym efekcie odnosi się do ekonomizacji opieki.

Rycina 29. Schemat zasad według których pracuje zespół terapeutyczny



Źródło: opracowanie własne

Jakość i efektywność oddziaływania pielęgniarki i opiekunki zależy od przestrzegania, w zawodowej aktywności, wymienionych w powyższym schemacie zasad. Każda z tych zasad to kolejny stopień do pokonania. Najwyższy stopień profesjonalizacji i najtrudniejszy do wprowadzenia to umiejętność wspólnego działania.

Głównym i wspólnym celem pielęgniarki oraz opiekunki jest dbanie o zdrowie oraz zmaksymalizowanie jakości życia i utrzymanie jak największej samodzielności osoby objętej opieką.

Wspólna droga pielęgniarki i opiekunki, przy wykonywaniu swych zadań, wiedzie od wyręczania osoby objętej opieką, poprzez wspomaganie jej w podtrzymaniu codziennej aktywności do towarzyszenia w niepełnosprawności i chorobie .

Autorka założyła i wykazała w modelu badawczym, że pielęgnacja realizowana wspólnie przez pielęgniarki i opiekunki zgodnie z koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej skutecznie wspiera proces leczenia. By było to możliwe w szeroko pojętej praktyce pielęgnacyjno-opiekuńczej, pielęgniarki powinny być ustawowo przypisana kompetencja do zlecania pielęgnacji wszystkim opiekunom funkcjonującym w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej jak również nadzoru nad ich pracą w zakresie pielęgnacji.

### **Rehabilitacja w modelu kompleksowej opieki długoterminowej**

W modelu kompleksowej opieki długoterminowej, rehabilitacja jest ujęta szeroko i pełni bardzo istotną rolę zarówno w podtrzymaniu stabilnego stanu zdrowia

jak i w procesie adaptacji do życia z niepełnosprawnością. W opiece stacjonarnej była realizowana głównie w formie terapii wspomagającej. Prowadzono indywidualne treningi samoobsługi i samopielegnacji z użyciem sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, wspomagającego oraz materiałów medycznych i środków pomocniczych w zakresie realizacji podstawowych potrzeb (aktywności) codziennych, tj. komunikowania się, poruszania się, jedzenia i picia, wydalania, higieny ciała, ubierania i rozbierania, odpoczynku i snu, spędzania wolnego czasu, zachowania intymności, świadomości zagrożeń, aktywności społecznej.

Wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego w trakcie ćwiczeń edukowali osoby niepełnosprawne i ich opiekunów w zakresie metod kompensowania utraconej sprawności i podtrzymania zdrowia oraz aktywności społecznej.

Świadczenia rehabilitacyjne w ramach Modelu obejmowały: kinezyterapię, fizykoterapię, logoterapię, psychoterapię, terapię wspomagającą, w tym arteterapię, ergoterapię, biblioterapię, muzykoterapię, terapię relaksacyjną, oraz pielęgnację kompensacyjną, wykonywaną w trakcie treningów samoobsługi.

Każda osoba objęta programami rehabilitacyjnymi była konsultowana przez lekarza rehabilitacji. Konsultacje te odbywały się w obecności kierownika działu rehabilitacji, który zalecenia lekarskie przekazywał członkom zespołu terapeutycznego. Konsultacje lekarskie odbywały się na początku procesu rehabilitacji, a także w razie wystąpienia zmian w stanie ogólnym pacjenta lub jego sprawności oraz po upływie 3 miesięcy od chwili objęcia rehabilitacją.

Rehabilitacja realizowana w modelu opieki długoterminowej finansowana była przez PFRON, w ramach wieloletniego porozumienia na realizację Programu PARTNER pod nazwą: „Trening umiejętności samoobsługi i innych umiejętności niezbędnych osobie niepełnosprawnej do samodzielnego i aktywnego funkcjonowania”

Edukacja osób niepełnosprawnych i ich opiekunów dotyczyła metod ograniczenia zdrowotnych i społecznych skutków niepełnosprawności poprzez możliwie szybką kompensację utraconej sprawności za pomocą indywidualnie dobranego sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego oraz materiałów medycznych i środków pomocniczych.

Celem fizjoterapeutów oraz terapeutów, podobnie jak pielęgniarek i opiekunek było wspomaganie jak zwiększenie samodzielności osoby niepełnosprawnej i umożliwienie

jej przebywania w swoim środowisku. Ponadto prowadzono aktywizowanie do samorealizacji - arteterapia (szkoła malarstwa) i aktywną rehabilitację (sprawna jazda na wózku inwalidzkim) w celu poprawy jakości życia.

Ogólnie można powiedzieć, że rehabilitacja w modelu opieki długoterminowej to działanie na rzecz poprawy aktywności życiowej i zaradności osobistej osób ze znaczną dysfunkcją narządu ruchu, w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, koegzystencji społecznej i wypełniania czasu wolnego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na starsze osoby niepełnosprawne.

NFZ w ramach umowy na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej także ujął rehabilitację ale w wymiarze pozwalającym zaledwie na rehabilitację przyłózkową, zapobiegającą skutkom długotrwałego unieruchomienia (przykurcze i zapalenia płuc). Ten zakres był w modelu ujęty jako integralna część podstawowej pielęgnacji i był wykonywany przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego (zmiana pozycji ciała, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia bierne. Natomiast rehabilitacja usprawniająca dotyczyła pacjentów tylko do momentu osiągnięcia sprawności do 40 pk w Skali Barthel. Później była prowadzona ambulatoryjnie albo w warunkach domowych. Jej skutki nie są objęte badaniem.

Każda osoba objęta Programem była konsultowana przez lekarza rehabilitacji. Konsultacje lekarskie odbywały się na początku procesu rehabilitacji, a także w razie wystąpienia zmian w stanie ogólnym pacjenta, jego sprawności oraz po upływie 3 miesięcy od chwili objęcia rehabilitacją.

Średni czas objęcia rehabilitacją stacjonarną jednej osoby wynosił 5 miesięcy, a domową miesiąc (ograniczenie wprowadzone przez NFZ).

### **Leczenie w modelu kompleksowej opieki długoterminowej**

W modelu kompleksowej opieki długoterminowej podejście do kwestii leczenia jest zgodne z definicją ustawową (Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej / Dz. U. Nr 91poz. 408 z póź. zm.). Zgodnie z zapisem ustawowym, świadczenie zdrowotne w ZPO obejmuje pielęgnację, rehabilitację i kontynuację leczenia co oznacza, że pacjent do tej formy opieki jest kierowany w związku z koniecznością ograniczenia lub eliminacji skutków choroby, poprzez stacjonarną profesjonalną pielęgnację i rehabilitację, a nie w związku z koniecznością stacjonarnego leczenia choroby przewlekłej (hospitalizacja). Pod pojęciem zapewnienia kontynuacji

leczenia farmakologicznego należy rozumieć stworzenie warunków i dopilnowanie by pacjent przyjmował leki zalecone mu do stałego przyjmowania w wyniku zakończonego procesu leczenia w warunkach szpitalnych lub przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że pacjent w te leki zaopatruje się we własnym zakresie na zasadach ogólnych. W zaopatrzeniu w leki pomagali wskazani przez kierownika Centrum pracownicy. Natomiast wszystkie leki dodatkowe, które nie dotyczyły podstawowej jednostki chorobowej, a zdaniem lekarza zakładu były niezbędne dla zdrowia chorego np. antybiotyki, leki przeczyszczające, nasenne itp., oraz jednorazowe wyroby medyczne i środki pomocnicze kupowane były na koszt zakładu. Taką interpretację definicji ZPO w części dotyczącej zakresu jego zadań, do 2005 roku sankcjonował także NFZ<sup>93</sup>. W 2005 roku pojawił się problem z utrzymaniem takiego podejścia do kwestii leczenia w opiece długoterminowej. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), nie uwzględnia specyfiki opieki długoterminowej i nie tylko ujęła w jej zakresie opiekę paliatywno-hospicyjną (Art. 15 ust. 2 pkt 13 - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną), ale także narzuciła taki sam, jak wszystkim innym zakładom opieki zdrowotnej, charakter – leczniczy i podobny zakres zadań - obok obowiązku bezpłatnego zaopatrzenia w leki, materiały medyczne i środki pomocnicze, także diagnostykę na poziomie lekarza POZ, zabezpieczenie transportu, oraz zapewnienie niezbędnych konsultacji specjalistycznych. Wymogi te zostały sprecyzowane w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa”, stanowiących załącznik do umów zawieranych z NFZ.

NFZ określając warunki i zasady realizacji świadczeń w opiece długoterminowej w żaden sposób nie uwzględnił zapisów ustawy o zoz jak również rzeczywistych kosztów opieki, leczenia oraz konsultacji specjalistycznych niesamodzielnych i obłożnie chorych osób, często na kilka chorób jednocześnie. Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjenci Centrum mieli średnio 5 poważnych problemów zdrowotnych.

W modelu kompleksowej opieki długoterminowej, pacjenci mieli zapewnioną:

---

<sup>93</sup> Interpretacja NFZ z dnia 05 grudnia 2003, przesłana do dyrektorów zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych

- opiekę lekarza rodzinnego – (przepisywanie leków na chorobę przewlekłą),
- opiekę lekarza zakładu - nad pacjentem przebywającym w zakładzie opieki długoterminowej, wizyty 2 razy w tygodniu i na wezwanie.
- konsultacje lekarzy specjalistów, w zależności od potrzeb.

#### **7.4.2. Wypożyczalnia sprzętu w modelu kompleksowej opieki długoterminowej**

Bardzo trudna sytuacja finansowa w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, niski standard materialny osób objętych opieką oraz narzucone administracyjne zasady zaopatrzenia ortopedycznego i medycznego skutkują ograniczeniem dostępności do niezbędnego sprzętu, szczególnie rehabilitacyjnego i wspomagającego. W najtrudniejszej sytuacji są osoby w pierwszym okresie po wystąpieniu dysfunkcji organizmu, gdy nie mają jeszcze orzeczonej niepełnosprawności.

Celem ujęcia wypożyczalni w modelu kompleksowej opieki długoterminowej, było efektywne kompensowanie utraconej sprawności i przyspieszenie procesu adaptacji do życia z niepełnosprawnością oraz wyposażenie opiekunów w niezbędne narzędzia pracy. Jednocześnie zyskano możliwość sprawdzenia poziomu zapotrzebowania na ten rodzaj usług. Usługi wypożyczalni mają przyczynić się zwiększenia samodzielności w codziennej aktywności życiowej, a szczególnie w zakresie: mobilności, aktywności fizycznej i społecznej, przyjmowania posiłków, zabezpieczenia potrzeb fizjologicznych i potrzeby intymności, higieny osobistej, ubierania i rozbierania, snu i odpoczynku, aktywnego spędzania wolnego czasu, profilaktyki zagrożeń. Takie założenie zadecydowało o wyposażeniu wypożyczalni.

W związku z niskim poziomem wiedzy na temat możliwości kompensacji utraconej sprawności, wszystkie osoby korzystające z wypożyczalni (pacjenci i ich opiekunowie) miały możliwość skorzystania z bezpłatnego instruktażu użytkowania sprzętu oraz edukacji dotyczącej stanu zdrowia. Zainteresowanym przekazywano także informację o możliwości uzyskania pomocy w innych placówkach i organizacjach.

Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego „Niebieski Parasol” w Olsztynie oferowała w ramach modelu badawczego:

- broszurę informacyjną na temat zakresu działalności wypożyczalni oraz wypożyczanego sprzętu,
- pomoc w kontakcie z organizacjami i instytucjami oferującymi pomoc osobom niepełnosprawnym,
- informację telefoniczną dla osób niepełnosprawnych, dostępną w godzinach pracy wypożyczalni.
- dostęp do bazy danych firm i zakładów produkujących sprzęt medyczny, oraz prowadzących ich sprzedaż,
- udzielanie informacji o możliwościach uzyskania dofinansowania na potrzebny sprzęt wspomagający,
- bezpłatne porady fizjoterapeuty, dotyczące stanu wydolności fizycznej i sprawności, doboru sprzętu oraz możliwości likwidowania barier architektonicznych oraz dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- doradztwo konserwatora w zakresie prawidłowej eksploatacji i konserwacji sprzętu.

Ponadto wypożyczalnia, w sytuacjach szczególnych, oferowała także transport sprzętu do miejsca zamieszkania. Doradztwo i pomoc w zakresie dopasowania i zamontowania sprzętu, jego usytuowania i organizowania przestrzeni życiowej w mieszkaniu pacjenta wykonywane były przez fizjoterapeutę oraz konserwatora w trakcie edukacji opiekuna.

### **Oferta wypożyczalni obejmowała:**

Sprzęt rehabilitacyjny: wózki do aktywnej rehabilitacji, pionizatory, rowery rehabilitacyjne, rotory do ćwiczeń czynno-oporowych kończyn dolnych i górnych, tory i poręcze do nauki chodzenia, piłki i wałki rehabilitacyjne, tablice do ćwiczeń manualnych dłoni.

Sprzęt wspomagający: wózki inwalidzkie różnego typu, chodziki różnego typu, balkoniki różnego typu, laski, kule czwórnogi i trójnogi różnego typu, podnośniki jezdne, podnośniki wewnętrzz wannowe, blaty nakładane na poręcze wózków inwalidzkich, sprzęt do ślizgowego przemieszczania osób unieruchomionych, chwytaki, drabinki.

Sprzęt pielęgnacyjny: łóżka pielęgnacyjno-rehabilitacyjne z wyposażeniem, ssaki elektryczne, koncentratory tlenu, krzesła sanitarne i kąpielowe, nakładki na sedes i na wannę różnego typu, stoliki i szafki przyłóżkowe, materace i poduszki przeciwoleżynowe.

### 7.4.3. Normy zatrudnienia w zakresie podstawowej pielęgnacji

Wykonanie wszystkich niżej wymienionych czynności pielęgnacyjnych należy do kompetencji opiekunów medycznych, oczywiście mogą one być wykonane także przez pielęgniarkę, ale z racji jej wykształcenia i znacznie szerszych kompetencji, powinna ona planować i nadzorować przebieg procesów pielęgnacyjnych, a wykonywać czynności z zakresu podstawowej pielęgnacji tylko w sytuacji szczególnej, co zostało poniżej zaznaczone.

Autorka nie odnosi się do norm zatrudnienia pielęgniarek, gdyż ta kwestia została uregulowana ustawowo<sup>94</sup>.

**1. Pielęgnacja ciała** - pielęgnacja skóry jest najważniejszym elementem pielęgnacji ciała. Do pielęgnacji ciała zalicza się także mycie włosów. Jest ono elementem mycia, brania prysznic lub kąpeli. Samo mycie włosów należy przyporządkować do czynności „mycie”. Jednokrotne mycie włosów w ciągu tygodnia odpowiada standardowi higieny, który obowiązywał w modelu badawczym. Potrzeba pomocy przy myciu włosów obejmuje także suszenie włosów.

1) **Mycie** obejmuje mycie całego ciała, lecz także części ciała, głównie pod prysznicem, przy umywalce, bądź w łóżku z miską do mycia. Do procesu mycia wlicza się także czynności poprzedzające mycie i następujące po nim, w tym wycieranie ciała oraz porządkowanie używanego sprzętu.

W modelu badawczym mycie w łóżku dotyczyło tylko osób umierających bądź wykonywane było z innych szczególnych przyczyn. W pozostałych przypadkach mycie w łóżku było traktowane jak błąd w sztuce pielęgnowania. Pacjent był myty w miejscu do tego przeznaczonym z bezwzględnie wymaganym zachowaniem intymności i dyskrecji.

Niekiedy w bezpośrednim związku czasowym i rzeczowym z myciem/ braniem prysznic lub kąpielą, konieczne było doraźne podanie leków przeciwbólowych, np. przy przykurczach, bólach nowotworowych, nacieranie środkami dermatologicznymi lub odsysanie wydzieliny

---

<sup>94</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 1999 w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz. 1314 z późn. zm.)



z tchawicy. Są to czynniki utrudniające działanie pielęgnacyjne, które należy uwzględnić przy obliczaniu czasu niezbędnego do wykonania czynności. Z uwagi na stan tych pacjentów przy wykonywaniu przez opiekunów czynności mycia była obecna pielęgniarka.

Przeprowadzanie higieny intymnej po skorzystaniu z toalety uwzględniano w czasie przewidzianym na czynności związane z wydalaniem.

Czas niezbędny na wykonanie czynności poprzedzających mycie ciała związanych z przemieszczaniem pacjenta, takich jak umieszczanie w wannie lub pod prysznicem, bądź przy przesadzaniu osoby wymagającej opieki z wózka inwalidzkiego na krzesło kąpielowe pod prysznicem, uwzględnia się odrębnie, jeżeli czas wykonania tej czynności przekracza 2 minuty.

2) **Higiena jamy ustnej** dotyczy mycia zębów i obejmowała zarówno przygotowanie, jak np. nałożenie pasty do zębów na szczoteczkę i/ lub odkręcanie pojemników (pasta/ płyn do płukania ust) jak i właściwy proces czyszczenia oraz dodatkowe czynności następujące po nim, lecz także czyszczenie protez i pielęgnację jamy ustnej, tzn. płukanie jamy ustnej płynem do płukania ust i mechaniczne czyszczenie jamy ustnej.

Czynność ta obejmowała także dbałość o sprzęt do czyszczenia jamy ustnej.

3) **Czesanie** obejmuje czesanie lub szczotkowanie włosów odpowiednio do indywidualnej fryzury. Nie uwzględniano tu układania fryzur lub strzyżenia włosów.

Jeśli osoba wymagająca opieki nosi perukę, czynności związane z czesaniem lub nakładaniem peruki należy uwzględnić w obliczaniu czasu niezbędnego na czesanie.

4) **Golenie**, czas przeznaczony na golenie uwzględniał możliwość bezpiecznego przeprowadzenia tych czynności i obejmował golenie „na sucho” lub „na mokro” oraz związaną z tym pielęgnację skóry twarzy.

5) **Wydalanie**, czas przeznaczany na czynności związane z opróżnianiem jelita i pęcherza obejmował także kontrolę oddawania moczu i stolca, higienę oraz pielęgnację stomii: urostomi i sztucznie wyłonionego odbytu oraz zaopatrzenie w sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Uwzględniano tu także przygotowywanie odzieży przed i po pójściu do toalety, higienę intymną oraz sprzątanie po oddawaniu moczu i stolca, a także opróżnianie i sprzątanie krzesła toaletowego, bądź tzw. basenu i kaczki.

W przypadku nieprawidłowego wykonywania czynności przez osobę objętą opieką, np. rozmazania kału, zaliczano tu potrzebny czas na sprzątanie. Takiej sytuacji i potrzeby sprzątnięcia nie zalicza się do czynności związanych z higieną otoczenia lub sprzątaniami sal chorych .

Czynności związane z pomocą w przemieszczaniu się do toalety lub opuszczaniu jej, ujmuje się odrębnie, jeżeli czas wykonania tej czynności przekracza 2 minuty.

Jeśli w bezpośrednim czasowym i rzeczowym związku z opróżnianiem jelita lub pęcherza konieczne było zrobienie lewatywy, wlewu lub jednorazowe cewnikowanie, to czynniki te utrudniały działanie pielęgnacyjne i wpływały. Zostało to uwzględnione odrębnie w czasie pracy pielęgniarzki. Podobnie czas przeznaczony na podawanie środków przeczyszczających lub zakładanie stałego cewnika pęcherzowego.

## 2. Odżywianie

1) **Przygotowanie** pożywienia, nie dotyczy gotowania a jedynie ostatniego działania przed przyjmowaniem pożywienia, np. rozdrabniania na porcje mieszczące się w ustach, oddzielanie kości i ości, zmiękczenie twardego pożywienia w przypadku zaburzeń przeżuwania i przełykania oraz nalewanie napojów do naczyń przeznaczonych do picia.

Ujmowane były tylko takie działania, które służą do tego, by gotowe już pożywienie mogło być spożyte przez osobę objętą opieką. Nie zaliczano tu nakrywania do stołu (świecica).

Przygotowywanie pożywienia bądź poszczególnych elementów pożywienia na podstawie przepisów dietetycznych uwzględniano w czasie przeznaczonym na gotowanie (normy zatrudnienia i organizacja pracy pracowników kuchni).

2) **Przyjmowanie** pożywienia, do tego zakresu należą czynności związane z przyjmowaniem pożywienia w formie stałej i płynnej oraz podawanie pożywienia przez sondę.

Uwzględniane są tu czynności związane z pielęgnacją sondy i używaniem specjalistycznych sztućców lub innych odpowiednich urządzeń umożliwiających podanie pożywienia do ust.

Czynnikiem utrudniającym jest karmienie pacjentów z zaburzeniami połykania i zostało to uwzględnione w normie czasu przeznaczonego na tę czynność. Jeżeli czas ten wydłużał się o ponad 20% średniego czasu przeznaczonego na karmienie to liczony był odrębnie.

Do czasu przeznaczanego na czynność karmienia nie zalicza się czynności zakładania sondy do odżywiania lub karmienia pacjenta z rurką traechostomijną. Czynności te należą do kompetencji pielęgniarzki i mają wpływ na wyliczenie ich norm zatrudnienia.

## 3. Poruszanie się

1) **Pomoc** przy opuszczaniu i układaniu się **w łóżku**, oprócz samej czynności przemieszczania się obejmuje także przekonywanie pacjenta i przygotowywanie warunków do podejmowania decyzji o udaniu się do łóżka bądź jego opuszczenia.

Czynnikiem utrudniającym jest konieczność ciągłego odsysania wydzieliny przy mukowiscydozie, w pielęgnacji tych pacjentów powinna uczestniczyć pielęgniarka, co powinno być uwzględnione w planowaniu kadrowym.

2) **Zmiana ułożenia** ciała w łóżku, czas przeznaczony na tę czynność dotyczy zmiany pozycji ciała związanej z profilaktyką skutków długotrwałego unieruchomienia, był precyzyjnie planowany i dokumentowany u pacjentów niezdolnych do samodzielnej zmiany pozycji ciała. Wszystkie osoby nie mogąca samodzielnie się przemieszczać miały założoną kartę do dokumentowania tej czynności.

Jeśli zmiana ułożenia jest konieczna w związku z poszczególnymi czynnościami z zakresu podstawowej pielęgnacji, to przyporządkowanie oraz uwzględnienie zmiany pozycji ciała w wymiarze czasu następowało przy danej czynności.

Przemieszczenie na wózek inwalidzki czy krzesło sanitarne, w związku z przewiezieniem do łazienki lub toalety uwzględniano odrębnie.

3) **Ubieranie i rozbieranie**, czynność ta obejmowała otwieranie i zaciąganie suwaków, rozpinanie i zapinanie guzików, zdejmowanie i zakładanie butów, wybór odzieży (odpowiednio do pory roku, dnia, pogody), ubieranie i rozbieranie, zabranie odzieży z miejsca normalnego przechowywania, np. z wieszaka lub szafy.

Wliczany był tu czas niezbędny na zakładanie i zdejmowanie protez, gorsetu i rajstop lub pończoch uciskowych, pod warunkiem, że nie przekraczał 2 minut, w przeciwnym razie czas ten był liczony odrębnie

4) **Chodzenie**, czas pracy opiekuna przeznaczony na takie czynności jak pomaganie przy chodzeniu, staniu i wchodzeniu po schodach wewnątrz oddziału / sali lub mieszkania ujmowano tylko w kontekście podstawowej aktywności życiowej.

W przypadku osób na wózku inwalidzkim poruszanie się obejmowało także używanie wózka inwalidzkiego.

Czas przeznaczony na konieczną pomoc podczas stania uwzględniony był przy wszystkich czynnościach pielęgnacyjnych gdzie czynność stania występowała.

W czynności „chodzenie” uwzględniano czas koniecznego przemieszczenia, np. na wózek inwalidzki lub na krzesło toaletowe, do wanny lub do kabiny prysznicowej.

## Obliczanie norm zatrudnienia w zakresie podstawowej pielęgnacji

Tabela XXII. Średnie czasy trwania czynności pielęgnacyjnych<sup>95</sup>

| cd. | Rodzaj świadczeń        | Wykaz czynności                                     | Średni czas wykonania czynności przez opiekuna w minutach oraz częstotliwość w ciągu dnia, przy wystąpieniu czynników utrudniających* dodać 25% czasu |
|-----|-------------------------|---|---|
| I.  | <b>Higiena osobista</b> |   |   |
| 1   |                         | kąpiel w wannie,                                    | 28 min.   |
| 2   |                         | prysznic  | 20 min. x 1   |
| 3   |                         | mycie całego ciała                                  | 25 min.   |
| 4   |                         | mycie górnej połowy ciała                           | 10 min.   |
| 5   |                         | mycie dolnej połowy ciała                           | 15 min.   |
| 6   |                         | mycie rąk,  | 2 min. x 3  |
| 7   |                         | mycie twarzy,                                       | 2 min. x 3  |
| 8   |                         | mycie zębów lub protezy zębowej,                    | 4 min. x 2  |
| 9   |                         | mycie i suszenie włosów,                            | 14 min (raz w tygodniu w wymiarze dziennym 2 minuty)  |
| 10  |                         | czesanie,   | 2 min. x 1  |
| 11  |                         | golenie,  | 7 min. x 1  |
| 12  |                         | obcinanie paznokci,                                 | 14 (raz na 2 tyg. w wymiarze dziennym 1 min)  |
| 13  |                         | korzystanie z toalety lub krzesła sanitarnego       | 2 min. x 4  |
| 14  |                         | korzystanie z kaczki, basenu                        | 1 min. x 4  |
| 15  |                         | opróżnianie i dbanie o czystość sprzętu sanitarnego | 2 min x 2   |

<sup>95</sup> Średnie czasy czynności pielęgnacyjnych wykonywanych przez opiekuna lub pielęgniarkę, obliczone zostały na podstawie wyników liczenia czasu trwania poszczególnych czynności pielęgnacyjnych u 38 pacjentów dziennie, w Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji „Niebieski Parasol” w Olsztynie. Czasy te liczono w okresie 6 miesięcy.

| cd.       | Rodzaj świadczeń | Wykaz czynności  | Średni czas wykonania czynności przez opiekuna w minutach oraz częstotliwość w ciągu dnia, przy wystąpieniu czynników utrudniających* dodać 25% czasu |
|-----------|------------------|--|---|
| 16        |                  | częściowe rozbieranie i ubieranie w związku z czynnościami fizjologicznymi i higienicznymi                 | 5 min. x 4  |
| 17        |                  | higiena intymna po oddaniu moczu,  | 2 min. x 4  |
| 18        |                  | higiena intymna po oddaniu stolca  | 6 min. x 1  |
| 19        |                  | zakładanie i wymiana środków pomocniczych w związku z nietrzymaniem moczu, stolca                          | 2 min. x 4  |
| 20        |                  | zakładanie i wymiana cewników zewnętrznych   | 3 min x 2   |
| 21        |                  | zakładanie i wymiana worka stomijnego,   | 4 min x 2   |
| 22        |                  | zakładanie, opróżnianie i płukanie worka na mocz,  | 3 min x 2   |
| 23        |                  | zakładanie i wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku (np. wkładki menstruacyjne), indywidualnie | 2 min   |
| 24        |                  | słanie łóżka   | 5 min. x 2  |
| 25        |                  | wybór metod kompensowania utraconej sprawności   | 20 min. (raz w tyg. w wymiarze dziennym 3 minuta)   |
| <b>II</b> | <b>Żywnienie</b> |  |   |
| 26        |                  | przygotowanie posiłku do spożycia,   | 3 min. x 3  |
| 27        |                  | karmienie  | 15 min. x 3   |
| 28        |                  | dbanie o dietę, częstotliwość i objętość posiłków, płynów  | 5 min. x 1  |
| 29        |                  | przygotowanie napoju,  | 2 min. x 3  |
| 30        |                  | pojenie  | 1 min. x 6  |
| 31        |                  | dbanie o czystość sprzętu i naczyń używanych do karmienia,   | 3 min. x 2  |

| c.d.       | Rodzaj świadczeń      | Wykaz czynności  | Średni czas wykonania czynności przez opiekuna w minutach oraz częstotliwość w ciągu dnia, przy wystąpieniu czynników utrudniających* dodać 25% czasu |
|------------|-----------------------|--|---|
| <b>III</b> | <b>Poruszanie się</b> |  |   |
| 32         |                       | kładzenie się i wstawanie z łóżka,   | 2 min x 2   |
| 33         |                       | zmiana pozycji leżenia,  | 1,5 min x 12  |
| 34         |                       | ubieranie całkowite  | 10 min. x 1   |
| 35         |                       | rozbieranie całkowite  | 8 min. x 1  |
| 36         |                       | transfer łóżko – fotel,/krzesło sanitarne  | 1,5 min x 4   |
| 37         |                       | chodzenie wewnątrz sali, ( do 8 metrów)  | 5 min x 4   |
| 38         |                       | Przemieszczanie na wózku inwalidzkim wewnątrz mieszkania, budynku                                | 2 min. x 4  |
| 39         |                       | Schodzenie i wchodzenie po schodach  | indywidualnie   |
| 40         |                       | stosowanie udogodnień i sprzętu wspomagającego przemieszczanie się, zabezpieczenie przed urazem. | 2 min. x 4  |
| 41         |                       | przemieszczanie na wózku inwalidzkim po mieszkaniu   | 2 min x 4   |
| 42         |                       | artykułowanie i ustalanie potrzeb  | 3 min x 4   |
| <b>IV</b>  | <b>Bezpieczeństwo</b> |  |   |
| 43         |                       | Udział w zebraniach zespołu terapeutycznego  | 60 min. (raz w tygodniu w wymiarze dziennym 9 min. dziennie)  |
| 44         |                       | Utrzymanie higieny w otoczeniu pacjenta, łóżko, sprzęt, naczynia, wietrzenie sal itp.            | 30 min.   |
| 45         |                       | Rozmowa, pomoc w komunikowaniu się   | 10 min.   |
| 46         |                       | wymiana bielizny osobistej i pościeli  | 5 minut   |
| 47         |                       | dbanie o higienę aneksu sanitarnego, porządkowanie po zabiegach higienicznych                    | 10 min.   |

| Cd. | Rodzaj świadczeń | Wykaz czynności   | Średni czas wykonania czynności przez opiekuna w minutach oraz częstotliwość w ciągu dnia, przy wystąpieniu czynników utrudniających* dodać 25% czasu |
|-----|------------------|---|---|
| 48  |                  | załatwianie spraw ważnych np. urzędowych, płacenie rachunków, - zgłaszanie do działu obsługi klienta lub innym kompetentnym pracownikom | 20 min.   |
| 49  |                  | Świadomość zagrożeń, obserwacja parametrów życiowych (temperatura, ciśnienie, waga, bilans wodny)                                       | 10 min  |
| 50  |                  | wychodzenie z pacjentem na zewnątrz sali, z budynku i wracanie (np. zawożenie na zabiegi terapeutyczne lub przewożenie do ogrodu)       | 15 min  |

Źródło: Opracowanie własne

\* Czynniki utrudniające pielęgnację i wydłużające czas opieki: brak świadomości zagrożeń u pacjenta, agresja, rany, odleżyny, opatrunki, konieczność prowokacji wydalania (zakładanie czopków, lewatywa, stymulacja pęcherza), depresja, konieczność ciągłego odsysania, trudności w połykaniu.

### **I Stopień – niesamodzielność umiarkowana** - od 60 - 100 pkt,

Możliwość samodzielnego funkcjonowania przy niewielkiej codziennej pomocy polegającej na pomocy przy kilku czynnościach. Pacjent wymaga średnio 50 min. na pielęgnację podstawową wykonaną przez opiekuna + 40 min. na czynności pielęgnacyjne wykonywane przez pacjenta przy pomocy lub pod nadzorem opiekuna. Pacjent musi otrzymać pomoc polegającą na wyręczeniu go co najmniej 1 x dziennie w co najmniej dwóch czynnościach w wymienionych zakresach świadczeń dot. podstawowej pielęgnacji oraz wsparcie i pomoc przy samopielęgnacji nie przekraczającą 40 minut dziennie.

### **II Stopień – niesamodzielność znaczna** - od 20 do 60 pkt,

Wymagany łączny czas na indywidualną pielęgnację podstawową średnio 110 min. oraz 90 minut na wsparcie i pomoc przy samopielęgnacji. Pomoc musi być udzielona co najmniej 3 x dziennie (o różnych porach dnia) w co najmniej kilku czynnościach w wymienionych rodzajach świadczeń dot. podstawowej pielęgnacji. Czas przeznaczony na wykonywanie czynności za pacjenta może być wydłużany kosztem czasu

przeznaczonego na wspomaganie go przy czynnościach wykonywanych częściowo samodzielnie. Zależy to od stanu pacjenta i jest płynne. Jednak łączny średni czas jaki musi przeznaczyć opiekun na pacjenta z niesamodzielną znaczną nie przekracza 200 minut.

### **III Stopień – niesamodzielną całkowitą od 0 do 20 pkt,**

Wymagany łączny czas na indywidualną pielęgnację podstawową średnio 210 min. oraz 90 minut na inne niezbędne czynności: rozmowa, pomoc w komunikowaniu się z rodziną, załatwianie drobnych ważnych dla pacjenta spraw, wspieranie terapeutów, szczególnie w treningach samoobsługi. Pomoc musi być udzielana przez całą dobę o różnych porach w co najmniej dwóch czynnościach w wymienionych rodzajach świadczeń dot. podstawowej pielęgnacji

### **Liczenie norm zatrudnienia kadry pielęgniarskiej i opiekuńczej w modelu badawczym**

Kryteria kwalifikacyjne narzucone przez NFZ ograniczały dostępność do opieki tylko dla pacjentów, których samodzielność nie przekraczała 40 pkt w Skali Barthel. Przyjęty w modelu badawczym standard podstawowej pielęgnacji i łączny czas wykonywanych w jego ramach czynności pielęgnacyjnych wynosił średnio 200 minut indywidualnej opieki na dobę. Do tego należy dodać czas na czynności pielęgniarskie związane z kontynuacją leczenia, dokumentowanie, porozumiewanie się w ramach procesów terapeutycznych i zdawanie dyżuru, łącznie 40 minut, razem 240 minut

Przykład: W Centrum jednorazowo przebywało 39 pacjentów

$39 \times 240 \text{ minut} = 156 \text{ godzin}$  indywidualnej opieki na dobę dzielone przez dzienny wymiar czasu pielęgniarki  $7,35 = 21$  pielęgniarek zatrudnionych w ciągu doby.

Organizacyjnie wyglądało to tak, że rano pracowało 7 osób, po południu 6 a w nocy 4. Co w przypadku pojedynczej pielęgniarki oznacza opiekę nad pięcioma osobami jednocześnie w ciągu dnia oraz 10 pacjentami w ciągu nocy. Pozostałe pielęgniarki i opiekunki miały dni wolne po nocy.

Oczywiście brane tu są pod uwagę tylko niezbędne czynności, wykonane w możliwie krótkim czasie w sytuacji gdy pielęgniarka i opiekunka bez przerwy wykonują czynności przy chorych, co z powodu zwykłych ludzkich ograniczeń biologicznych i prawa do przerwy, dni wolnych i urlopu jest niemożliwe do osiągnięcia w praktyce. Ponadto w grę wchodzi również czynności, które nie są uwzględnione w Tabeli Czasów. Dlatego też



uwzględniając te sytuacje oraz czasy pośrednie, normy zatrudnienia powinny wynosić około 0,8 etatu na jednego pacjenta. Ponieważ w związku z dużym niedoszacowaniem stawki nie było możliwe osiągnięcie tej normy skutkowało to wprowadzeniem 12 godzinnych dyżurów. Około 70% czasu było wykorzystywanego na indywidualną podstawową pielęgnacja, składającą się z prostych czynności opiekuńczych, które mogły wykonywać opiekunki na zlecenie pielęgniarek i pod ich nadzorem. Jednak tych proporcji w zatrudnieniu pielęgniarek i opiekunek nie zachowano ze względu na prowadzone badania i stan zdrowia pacjentów. Tak więc, w Centrum zatrudniano 12 pielęgniarek i 12 opiekunek, gdy normy powinny wynosić 31 kadry pielęgniarskiej i opiekuńczej.

#### **7.4.4. Dokumentowanie świadczeń w modelu kompleksowej opieki długoterminowej**

Dokumentowanie świadczeń innych niż pielęgnacyjne było dokonywane według zasad podobnych jak dokumentowanie pielęgnacji, z tym że na stosowane wzory dokumentacji dotyczące kompetencji lekarskich i pielęgniarskich zasadniczy wpływ miały wymogi nałożone przez NFZ. Zebrane w dokumentacji informacje o pacjencie tworzyły jego pełny obraz i były wykorzystywane przez pielęgniarki przy sporządzeniu planu pielęgnacji. Wszystkie formularze dokumentacji lekarskiej, pielęgniarskiej oraz terapeutycznej były kompletowane i przechowywane w indywidualnych, odrębnych dla każdego pacjenta teczkach.

O dokumentacji kompleksowej opieki długoterminowej można ogólnie powiedzieć, że zamiast typowej dla zoz-w „historii choroby” prowadzona była historia pielęgnowania oraz dokumentacja terapeutyczna złożona z kilku komplementarnych części, w tym:

##### **A. Dokumentacja pielęgniarska oraz opiekuna medycznego:**

- Karta informacyjna w dniu rozpoczęcia i zakończenia opieki,
- Wywiad pielęgniarski, wraz z założonymi celami pielęgnowania,
- Karta czynności pielęgnacyjnych, zawierająca także plan opieki,
- Karta zmiany pozycji ciała,
- Karta oceny ryzyka i terapii odleżyn,
- Karta rejestracyjna zakażenia,
- Karta obserwacyjna,

##### **B. Dokumentacja lekarska,**

- Karta badania przedmiotowego pacjenta,
- Karta zleceń lekarskich,
- Karta konsultacji lekarskich,

#### C. Dokumentacja terapeutyczna (np. rehabilitacja, usprawnianie)

- Karta usprawniania,
- Karta edukacji,
- Karta psychologa
- Karta logopedy

Ponadto, zgodnie z obowiązującymi przepisami, dokumentacja obejmowała:

- dokumentację związaną z kierowaniem pacjenta do ZOL / ZPO, w tym: zaświadczenie lekarskie, wywiad pielęgniarzski, ocena stanu samodzielności pacjenta według zmodyfikowanej skali BARTHEL, skierowanie lekarskie, aktualne wyniki podstawowych badań laboratoryjnych, zgoda na pobyt w ZPO / ZOL podpisana przez pacjenta lub jego ustawowego opiekuna.
- kartę wypisu pacjenta,
- księgę główną przyjęć i wypisów,
- rejestr komputerowy do rozliczeń z Kasą Chorych a potem z NFZ,
- listę osób oczekujących na przyjęcie,

#### **7.4.5. Zarządzanie jakością i kryteria jej oceny**

Do oceny jakości konieczne jest ustalenie kryteriów oceny. Punktem wyjścia do oceny jakości opieki realizowanej w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, były kryteria wyniku założone w każdym standardzie zakładowym i standardzie opieki, opisane przez autorkę wyżej.

Tak więc dla potrzeb pracy badawczej, za kryteria jakości przyjęto te, które dotyczą procesu pielęgnowania i uzyskanego efektu postępowania pielęgnacyjnego w zakresie:

- pielęgnacji podstawowej (higiena ciała, poruszanie się, odżywianie),
- bezpieczeństwa, warunków zakwaterowania i wyżywienia,
- świadczeń dodatkowych, tj. rehabilitacji, terapii zajęciowej i innych zajęć terapeutycznych.

Poza wewnętrzną kontrolą i ustalonymi w tym celu kryteriami oceny jakości kontrolę przeprowadzili urzędnicy Kasy Chorych a potem NFZ. Tu przedmiotem kontroli było przestrzeganie treści umów z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej. Sprawdzana była dokumentacja i dokładność jej wypełniania. Ideą przewodnią tych kontroli było znalezienie niezgodności w zapisach dokumentacji z treścią umowy na świadczenia zdrowotne i nałożenie kary. Wyniki tej kontroli nie były przydatne do oceny jakości opieki.

Cykliczne kontrole wewnętrznie przeprowadzane, według przyjętych kryteriów oceny, miały na celu odpowiednio wczesne zapobieganie nieprawidłowościom oraz wzmocnienie odpowiedzialności własnej pracowników za zapewnienie, utrzymanie i dalszy rozwój jakości pielęgnacji. Ideą przewodnią tych kontroli było znalezienie nieprawidłowości w działaniu i edukacja na temat sposobów ich eliminacji. W celu uzyskania obiektywnej oceny jakości, we wszystkich kontrolach uwzględniano zróżnicowanie poziomu niesamodzielności, tj. liczbę osób z ograniczoną zdolnością do samoopieki oraz liczbę osób całkowicie niesamodzielnych z zaznaczeniem pacjentów w stanie wegetatywnym.

Kontrola rozpoczynała się od zapoznania z treścią standardu postępowania, a potem porównaniem stanu faktycznego do postulowanego w standardzie. W trakcie kontroli sprawdzano także czy jest prowadzona i jak jest wypełniania obowiązująca w zakładzie dokumentacja, ale przede wszystkim w aspekcie jej zgodności ze stanem faktycznym i rzeczywistym zakresem wykonanych świadczeń. Kontrola polegała na sprawdzeniu czy w praktyce są spełnione kryteria struktury, procesu i wyniku założone w standardzie. Arkusze kontrolne poza wpisaniem wszystkich kryteriów zawierały rubryki do wpisania adnotacji o stanie faktycznym, najczęściej w postaci plusa bądź minusa.

Ocenie w trakcie kontroli podlegały:

- kwalifikacje personelu pielęgniarского, terapeutycznego i opiekuńczego,
- wykaz personelu pielęgniarского i opiekuńczego wraz z nazwiskiem, wykształceniem zawodowym, kwalifikacjami i zakresem obowiązków pracowniczych,
- system dokumentacji i instrukcje jej wypełniania, aktualność listy odręcznych podpisów, stosowanych w dokumentacji paraf,
- struktura organizacyjna i plany dyżurów,
- znajomość koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej,

- opisy stanowisk wraz z opisem ryzyk zawodowych,
- umowa z NFZ na świadczenia i realizacja szczegółowych warunków zamówienia,
- dokumentacja medyczna osób objętych kontrolą,
- potwierdzenia omówień indywidualnych procesów terapeutycznych, na posiedzeniach zespołów terapeutycznych i potwierdzenia wizyt lekarskich,
- potwierdzenia przekazania informacji rodzinie,
- potwierdzenia narad służbowych, plan doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenia szkoleń wewnątrzzakładowych
- przebieg wdrożenia do obowiązków nowych pracowników,
- potwierdzenia udziału pracowników w szkoleniach i kursach zewnętrznych
- potwierdzenia zarządzania jakością w ośrodku oraz standardy i procedury,
- postępowanie w związku ze skargami i zażaleniami,
- procedury postępowania w stanach nagłych,
- opis oferowanych świadczeń dodatkowych (regulamin wypożyczalni i dział obsługi klienta),
- informacja o podwykonawcach (transport medyczny, sterylizacja, pralnia).

W trakcie kontroli sprawdzano także tzw. podstawy koncepcyjne:

- 1) czy są spełniane warunki opisane w koncepcji pielęgnacji.
- 2) czy pracownicy mają dostęp do dokumentów opisujących obowiązującą w zakładzie koncepcję pielęgnacji oraz informacji na temat modelu kompleksowej opieki długoterminowej, standardów pielęgnacji, komunikacji wewnątrzzakładowej, rodzaju oferowanych świadczeń, współpracy z podwykonawcami, wyposażenia pomieszczeń,

Zarządzanie modelem kompleksowej opieki długoterminowej obejmowało także kwestię zarządzania jakością, które polegało na:

- przyporządkowaniu zadań zawodowych do kompetencji pracowników,
- monitorowaniu zagrożeń i wprowadzeniu działań zapobiegających odleżynom, bólowi, upadkom,
- przeprowadzaniu analizy stanu rzeczywistego oraz weryfikowaniu standardów opieki i standardów zakładowych,
- ustaleniu perspektywnego planu doształcania dla opiekunów, terapeutów, pielęgniarek i opiekunek,

- stałym udostępnianiu wszystkim pracownikom literatury fachowej i prenumerowaniu dla nich czasopism fachowych (Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Tematy, Medi, NTM i in.),
- ustaleniu i wykorzystywaniu stałych metod przekazywania informacji (pisemnie w dyżurkach, na tablicy ogłoszeń, w trakcie zebrań pracowniczych),
- regularnych naradach zespołów terapeutycznych dotyczących pielęgnacji i postępowania terapeutycznego (raz w tygodniu), omawianie konkretnych przypadków na posiedzeniach w celu wspólnego przedyskutowanie sytuacji danej osoby wymagającej opieki i ustalenia wspólnego celu pielęgnacyjnego i uzgodnienia rozwiązania problemów pielęgnacyjnych. Służą one stworzeniu uzgodnionych sposobów zachowania i postępowania.
- przeprowadzaniu szkoleń z zakresu BHP i pierwszej pomocy,
- ustalenie trybu rozpatrywania zażaleń, ich rejestracji i oceny. Jawne postępowanie wobec zażaleń i skarg osób wymagających opieki, ich krewnych i innych pracowników, umożliwiło personelowi poznanie własnych słabych stron i podjęcie próby poprawy jakości.

Tworzenie jakości było procesem dynamicznym. Ciągły proces poprawy jakości rozpoczął się wraz ze sformułowaniem oczekiwanego poziomu jakości w oświadczeniach standardowych. Następnie wspólnie z pracownikami medycznymi oceniano adekwatność i efektywność opieki, planowano wprowadzanie innowacji, implementowano je i poddawano ewaluacji w praktyce. W zależności od wyniku ewaluacji, działania i ewentualnie cele były dostosowywane do oczekiwanych.

Nadzwyczajną uwagę, w każdej kontroli, przywiązywano do sprawdzenia czy nie wystąpiły:

- nieuzasadnione działania pozbawiające wolności (przymus bezpośredni),
- przypadki zagrożenia pacjentów przez deficyty pielęgnacyjne (np. odwodnienie, odleżyny, nieprawidłowe odżywienie),
- naruszenie prawa do intymności i tajemnicy,
- istotne naruszenia norm zatrudnienia personelu pielęgnacyjnego, w szczególności na dyżurach nocnych.

## 8. Dyskusja

Porównania czynione pomiędzy formami opieki długoterminowej (ZOL, ZPO, DPS) w Polsce, a tym co funkcjonuje w rozwiniętych państwach europejskich, biorąc pod uwagę kierunki i oczekiwania wyznaczone przez Unię Europejską, potwierdzają założenia autorki, że nasz niewydolny system zabezpieczenia społecznego także musi ulec zmianom.

NFZ, z braku wyodrębnienia opieki długoterminowej w polskim systemie prawnym, umowy na świadczenia w tym zakresie, opiera na przepisach dotyczących szpitali i realizowanych tam świadczeń zdrowotnych. To przyczyniło się do odejścia od istoty opieki długoterminowej poprzez nadanie jej jednoznacznie charakteru przewlekłej fazy leczenia. Jednocześnie nazywa się ten zakres leczenia świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi i nie uznaje rzeczywistych kosztów leczenia chorób przewlekłych i ich skutków. Są one ujęte w ogólnej kwocie płaconej za tzw. osobodzień, nieoszacowanej na poziomie 60%.

W trakcie funkcjonowania modelu kompleksowej opieki długoterminowej, okazało się, że problemem jest nie tylko chaos pojęciowy i prawny, ale także dalece niewystarczająca jest infrastruktura. Również uboga jest polska oferta rynkowa, zawierająca się jedynie w dwóch formach organizacyjnych: stacjonarnej i domowej. Niewystarczający okazał się również stworzony przez autorkę model kompleksowej opieki długoterminowej. Wynikało to głównie stąd, że autorka była ograniczona obowiązującymi w okresie badań przepisami prawa i wymogami płatników – NFZ oraz gminy. Tymczasem rodziny dla swych bliskich poszukiwały pomocy także w formie pobytów tylko dziennych albo tylko nocnych, pomocy okresowej dopasowywanej do możliwości opiekuna, np. do jego grafików zawodowych. Czasami była potrzebna nagła pomoc gdy bezpośredni opiekun trafił do szpitala. Opiekunowie potrzebowali zastępstwa w opiece na czas urlopów, wyjazdów służbowych i innych spraw wymagających nieobecności w domu gdy nie ma kto ich zastąpić w opiece nad bliską, chorą osobą. Dzięki wprowadzeniu na rynek tych

form pomocy można by ograniczyć liczbę skierowań do stacjonarnej opieki w zakładach opieki długoterminowej lub w DPS. Równie potrzebna jest interwencyjna pomoc domowa oferująca świadczenie z zakresu podstawowej pielęgnacji osobom z zaburzeniami funkcji poznawczych. Z tym, że doświadczenie nabyte w toku badań wskazuje, że jej realizacja powinna być powierzona specjalistycznie przygotowanym terapeutom, we współpracy z ośrodkami opieki stacjonarnej.

Niski standard materialny większości naszego społeczeństwa ma bezpośredni wpływ na bardzo słaby rozwój rynku usług zdrowotnych i opiekuńczych w obszarze opieki długoterminowej.

Zważywszy na niewydolność systemu opieki długoterminowej (bardzo ograniczona dostępność), autorka opierając się na doświadczeniach nabytych przy tworzeniu i prowadzeniu modelu badawczego, widzi możliwość poprawy sytuacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych. Żeby to osiągnąć powinno się stworzyć jeden system opieki długoterminowej złożony z instytucji i kompetencji pomocy społecznej (DPS, domowe usługi opiekuńcze) oraz z instytucji i kompetencji ochrony zdrowia (ZOL, ZPO i domowe świadczenia pielęgniarstwa). Skutecznym narzędziem w jego tworzeniu mógłby być rządowy program zrównoważonego rozwoju opieki długoterminowej opartej na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej i pięciu kompetencyjnych poziomach pielęgnacyjnych. Pozwoli to na pełne wykorzystanie, w pielęgnowaniu osób chorych, nieprofesjonalistów i profesjonalistów o różnym zakresie kompetencji, odpowiednio do potrzeb. To przeświadczenie zostało potwierdzone w toku badań na modelu badawczym, ale także codzienna praktyka, poza modelem, potwierdza, że pielęgnacja może odbywać się na różnych poziomach kompetencyjnych, w tym:

- poziom pierwszy – opieka nieprofesjonalna (rodzina, opiekunowie, wolontariusze), w ramach modelu oferowano szeroko pojęte poradnictwo,

szkolenia z zakresu procedur pielęgnacyjnych i sposobów kompensowania utraconej sprawności, treningi samoobsługi oraz usługi wypożyczalni sprzętu<sup>96</sup>,

- poziom drugi – opiekunki, usługi opiekuńcze podstawowe (objęte ustawą o pomocy społecznej), pomoc osobom z ograniczoną zdolnością do samoopieki i samopielęgnacji, w kilkuletnim toku badań przeprowadzono dziesiątki kursów i szkoleń z zakresu zasad pielęgnacji i opieki, dla osób realizujących te usługi,<sup>97</sup>
- poziom trzeci – opiekunowie medyczni,<sup>98</sup> usługi opiekuńcze specjalistyczne, pielęgnowanie osób chorych, w ramach modelu pilotaż w opiece stacjonarnej, kursy doskonalące ukierunkowane na poszczególne czynności pielęgnacyjne, standaryzacja świadczeń, promocja zawodu,
- poziom czwarty – terapeuci, w modelu kompleksowej opieki długoterminowej uczestniczyli w procesach pielęgnacyjnych osób u których były wdrożone treningi samoobsługi z użyciem sprzętu wspomagającego, do ich kompetencji należą też tzw. specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- poziom piąty – pielęgniarki, pielęgnacja specjalistyczna, tzn. pielęgnowanie osób ze szczególnymi problemami zdrowotnymi np. karmienie przez gastrostomię, pielęgnowanie pacjenta z respiratorem oraz ustalanie, zlecanie i nadzorowanie procesów pielęgnacyjnych realizowanych przez opiekunów, zarówno w systemie ochrony zdrowia jak i pomocy społecznej.

W toku badań, pielęgnacja w opiece stacjonarnej była realizowana na poziomie trzecim, czwartym i piątym, a w opiece domowej na poziomie pierwszym i drugim – niestety tu nie udało się wdrożyć standaryzacji i koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, a pielęgniarki świadczące długoterminową opiekę domową miały zbyt mało czasu by poza świadczeniami leczniczymi wykonywać jeszcze pielęgnację pacjenta.

---

<sup>96</sup> Świadczenia te były finansowane ze środków PFRON, a więc udzielane nieodpłatnie dla osób objętych pomocą.

<sup>97</sup> Autorka ubolewa, że podjęta próba współpracy z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej oraz z miejskimi i gminnymi ośrodkami pomocy społecznej na rzecz standaryzacji i poprawy jakości podstawowych usług opiekuńczych, wykonywanych poza modelem kompleksowej opieki długoterminowej, nie powiodła się.

<sup>98</sup> W okresie badań zawód opiekuna medycznego jeszcze formalnie nie istniał. Mimo kilkuletnich starań autorki (od 2001 roku), w związku ze sprzeciwem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dopiero w połowie 2007 roku opiekun medyczny został wpisany do klasyfikacji szkolnictwa zawodowego. Minister Zdrowia podjął tę decyzję po zapoznaniu się z tezami i wynikami niniejszej pracy badawczej.



To potwierdza potrzebę jednolitego systemu opieki długoterminowej, wspólnie realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Rada ds. Osób Niezależnych będąca organem pomocniczym Ministra Zdrowia byłaby tu naturalnym koordynatorem rządowego programu rozwoju opieki długoterminowej. Takie działanie wymusiłoby rzeczywiste współdziałanie pracowników medycznych i służb społecznych.

Rozwiązanie to jest możliwe gdyż, koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej może być zastosowana nie tylko w formach kompleksowych, ale także w funkcjonujących oddzielnie zakładach czy placówkach opiekuńczych, realizujących tylko jeden zakres świadczeń, jak również w opiece domowej. Zastosowanie tej samej koncepcji umożliwi wzajemne uzupełnianie się świadczeń jednostek pomocy społecznej i zakładów opieki zdrowotnej, zajmujących się leczeniem, pielęgnacją i terapią oraz rehabilitacją osób przewlekle chorych. Powinna też być wprowadzona ta sama zasada w dokumentowaniu udzielonej pomocy, tak by wypełniane przez poszczególnych świadczeniodawców karty, nie powiełały stale tych samych informacji, głównie identyfikujących i diagnozujących biorcę opieki, ale żeby tworzyły sensowną całość dającą pełny obraz osoby objętej opieką długoterminową i zakresu pomocy jaką otrzymała. Wgląd do tej pełnej dokumentacji powinien być obowiązkiem każdego świadczeniodawcy udzielającego pomocy.

- zostanie ustalona i wdrożona rządowa strategia rozwoju opieki długoterminowej, szczególnie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i kształcenia zawodowego opiekunów medycznych,
- świadczenia realizowane w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej będą komplementarne, a koordynacja, dokumentowanie i nadzorowane będzie prowadzone przez jeden ośrodek. Punktem scalającym, centralnym będzie pielęgniarka zlecająca pielęgnację i nadzorująca jej wykonywanie w obu systemach,
- świadczenia będą zdefiniowane, a ich finansowanie będzie odpowiednie do rzeczywistych niezbędnych kosztów.

Oceniając jako konieczne zbudowanie w naszych polskich uwarunkowaniach nowoczesnego systemu opieki długoterminowej, autorka oparła się z jednej strony na danych statystycznych (demograficznych i epidemiologicznych), a z drugiej na swoich doświadczeniach oraz na licznych krytycznych spostrzeżeniach dyrektorów ZOL i ZPO

zgłaszanych do niej jako konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Wśród świadczeniodawców w obszarze opieki długoterminowej panuje powszechne przekonanie o pilnej konieczności budowy sensownego systemu opieki długoterminowej.

Do poprawy jakości opieki długoterminowej, nie wystarczą kosmetyczne zmiany obowiązujących przepisów prawnych. Potrzebny jest program rządowy, którego wieloletnia, systematyczna realizacja wywoła zmiany w społecznym podejściu do problematyki choroby przewlekłej i związanej z nią niesamodzielności, do odpowiedzialności za własne życie i starzenie się. Program, który przyczyni się także do zbudowania nowoczesnego systemu opieki długoterminowej.

Wiedza zgromadzona w procesie badawczym ukazała słabość instytucji państwowych i samorządowych odpowiedzialnych za kreowanie polityki społecznej, rozdzielonych między dwa resorty:

- 1) ochrony zdrowia i
- 2) pomocy społecznej.

Tworzenie modelu i jego kilkuletnie funkcjonowanie trafiało na „bariery urzędnicze” i trudności w dopasowywaniu się do wielu aktów prawnych obowiązujących w naszym kraju, często niespójnych. Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia modelu badawczego o tak innej jakościowo formule opieki i koncepcji pielęgnowania, obnażyło także niekompetencję urzędników, najpierw kas chorych a potem NFZ.

Trudności związane ze zbudowaniem modelu i jego funkcjonowaniem uzmysłowiły autorce skalę problemów jakie powstaną przy budowie systemu.

Budując model systemu kompleksowej opieki długoterminowej autorka doświadczyła uniwersalnych praw systemowego podejścia do rzeczywistości, przekonując się, że:

- współczesne i przyszłe problemy są efektem poprzednich rozwiązań - marginalizacja problemów opieki długoterminowej wynika z wcześniejszego koncentrowania się medycyny na zadaniach związanych z ratowaniem życia,

diagnozą i leczeniem. Pominięcie profilaktyki, w tym profesjonalnego pielęgowania i kompensowania utraconej sprawności z wykorzystaniem współczesnej wiedzy i technologii, skutkuje niemożnością zapewnienia efektywnej pomocy wszystkim osobom kwalifikującym się do opieki długoterminowej już obecnie. W związku ze starzeniem się społeczeństwa problemy te zwielokrotnią się już w najbliższej przyszłości.

- dla każdego działania znajdzie się przeciwdziałanie - każde zwiększenie społecznego zapotrzebowania na opiekę długoterminową i aktywności obywatelskiej by temu sprostać, skutkuje wprowadzaniem przez NFZ kolejnych ograniczeń w dostępności do świadczeń, a powstawanie kolejnych ZOL lub ZPO skutkuje wprowadzaniem przez NFZ limitów, zwiększeniem wymogów, którym nie można sprostać oraz utrzymującym się niedoszacowaniem stawki za osobodzień opieki,
- krótkotrwałe polepszenia często prowadzą do długotrwałych problemów i trudności - zasada ta przejawiała się m.in. w dążeniu zespołu terapeutycznego do usprawnienia pacjenta. Poprawa samodzielności powyżej 40 pkt w Skali *Barthel* powodowała, że zgodnie z wymogami NFZ pacjent, mimo, że nadal był chory i niesamodzielny w znacznym stopniu, nie kwalifikował się już do opieki długoterminowej, której był pozbawiany. Powodowało to bardzo poważne i długotrwałe problemy zdrowotne i społeczne u osób chorych oraz ich opiekunów i stawiało sensowność interwencji terapeutycznych pod znakiem zapytania. Etyka i myślenie zdroworozsądkowe były bezsilne wobec maszyny urzędniczej usprawiedliwiającej się brakiem środków.
- rozwiązanie może być gorsze niż sam problem - pacjenci i ich rodziny mimo rozwiązania ich problemów poprzez objęcie opieką, odczuwali ogromny dyskomfort i poczucie winy, wzbudzane także przez NFZ i wielu lekarzy, że oczekują opieki od obcych osób. Wyrwanie osób w podeszłym wieku z ich środowiska i „schematów życiowych” jest dla nich wystarczającym cierpieniem, którego nawet najlepsza opieka nie może ukończyć. Tymczasem polski system opieki długoterminowej oferuje rozwiązanie problemu krótkotrwałe, incydentalne i trzyma pacjenta w ciągłym strachu i uzależnieniu od decyzji lekarza kierującego oraz dyrektora ZOL czy ZPO, którzy z kolei są uzależnieni od decyzji NFZ, niekiedy wręcz absurdalnych.

- łatwe rozwiązanie może w ogóle nie być rozwiązaniem – np. przerzucenie problemów finansowych w opiece długoterminowej. W ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawodawca postanowił, że świadczeniobiorca przebywający w ZOL lub ZPO ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Ustawodawca określił górną granicę tych kosztów na 2,5 najniższej emerytury, ale jednocześnie zaznaczył, że od pacjenta nie można pobierać miesięcznej opłaty wyższej niż kwota odpowiadająca 70% jego miesięcznego dochodu (z reguły bardzo niskiego). Bardzo wielu pacjentów ma bardzo niskie emerytury lub renty, w tym renty socjalne. Z reguły, opłaty jakie zgodnie z zapisem pacjenci uiszczają, pokrywają tylko część kosztów, a ustawodawca nie postanowił kto ma sfinansować pozostałą część kosztów wyżywienia i zakwaterowania. NFZ zabezpiecza swoje interesy zaznaczając w każdej umowie, że pokrywa tylko koszty świadczeń zdrowotnych. Nie można tu pominąć faktu, że stawka ustalona przez NFZ za tzw. osobodzień opieki jest niedoszacowania na poziomie 60%. Wydawać się może, że ustawodawca znalazł łatwe rozwiązanie problemów związanych z brakiem odpowiednich do potrzeb środków finansowych przerzucając całe ryzyko niedoszacowania stawki na świadczeniodawcę. Ale to rozwiązanie prowadzi do bardzo niskiego wynagradzania pracowników, złej jakości świadczeń, pogłębiania cierpień pacjentów z powodu zaniedbań pielęgnacyjnych i generowania w związku z tym kosztów w systemie ochrony zdrowia – powtarzające się hospitalizacje.
- szybkie rozwiązanie, generowane na poziomie symptomów danego problemu, często generuje nowe problemy – przykładem może być zaciąganie kredytów by uzupełnić lukę finansową powodowaną przez niedoszacowanie stawki za realizowane świadczenia oraz by spełnić narzucone przez ustawę o ZOZ oraz NFZ wymogi lokalowe, kadrowe i dot. wyposażenia. Skredytowanie tych kosztów dawało szansę na utrzymanie umowy z NFZ na realizację świadczeń, ale generowało nowe problemy gdyż niedoszacowana umowa z NFZ nie uwzględniała kosztów działalności oraz poniesionych nakładów i nie dawała szans na spłatę zobowiązań bankowych.
- przyczyna i skutek niekoniecznie muszą być ze sobą bezpośrednio związane w czasie i przestrzeni (często działania wdrożone tu i teraz pojawiają się jako

efekt daleko i późno) – odnosi się to także do przeświadczenia autorki, że obecny styl uprawiania polityki społecznej uniemożliwi skuteczne rozwiązanie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa za 20 lat, gdy na polskich ulicach większość ludzi przekroczy 65 rok życia. Brak politycznego i społecznego zainteresowania wdrożeniem programów rozwoju opieki długoterminowej oraz stworzeniem nowych źródeł finansowania np. w formie społecznego ubezpieczenia ryzyka niesamodzielności przyniesie bardzo negatywne skutki w przyszłości.

- działania, które przynoszą najlepsze efekty, na pierwszy rzut oka wcale nie są takie oczywiste – autorka jest zdania, że należy zbudować solidną podstawę dla opieki długoterminowej złożoną z profesjonalistów zajmujących się podstawową pielęgnacją, a dopiero na tej podstawie budować nadbudowę złożoną ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez innych specjalistów. Dla obecnych decydentów w opiece długoterminowej nie jest to oczywiste, gdyż nadal postrzegają zakłady opieki długoterminowej jako zakłady lecznicze oparte na świadczeniach zdrowotnych wykonywanych przez lekarzy i pielęgniarki, mimo, że obserwuje się ich narastający brak<sup>99</sup>.
- mały koszt i duża efektywność rozwiązań nie mogą być przedmiotem wzajemnej wymiany – autorka analizując niezbędne koszty, wielokrotnie podkreślała jak niebezpieczne jest utrzymywanie przez NFZ niedoszacowania stawki na poziomie wykluczającym wykonanie zawartej umowy na świadczenia. Niestety można powiedzieć, że nadal obowiązuje zasada PRL-u: jedni udają, że płacą, wykonawcy udają, że pracują, a wszystko musi się zgadzać w dokumentach. Wykonanie umowy kontroluje się poprzez badanie dokumentów. Jakikolwiek uchybienia w dokumentacji traktuje się jak poważne wykroczenie podlegające karze pieniężnej. Świadczeniodawcy bezradni wobec dyktatury monopolisty robią wszystko by dokumentacja zadowolili kontrolujących. W taki sposób osiąga się fikcję dużej efektywności przy małym koszcie.
- całość problemu jest większa niż proste sumowanie jego elementów.

---

<sup>99</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej nie odnosi się do tych świadczeń, a jedynie gwarantuje osobę wykonawcy, stanowiąc, że gwarantuje się świadczenia lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty.

Autorka rozpatrywała cały meta system - złożony z modelu i jego otoczenia (np. chory człowiek z problemem niesamodzielności, jego rodzina, zakład, Stowarzyszenie „Niebieski Parasol”, Narodowy Fundusz Zdrowia, pomoc społeczna, PFRON, ustawodawstwo). W związku z tym nowa autorska koncepcja została ukazana w praktycznie funkcjonującym modelu kompleksowej opieki długoterminowej, wbudowanym w system obowiązującego prawa.

Autorka odbyła kilka zagranicznych wyjazdów studyjnych, w trakcie których oceniała swoją koncepcję pielęgnacji na tle różnych rozwiązań stosowanych w realizacji opieki długoterminowej, których elementy można odnaleźć w stworzonym przez nią modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Autorka uznała za oczywiste, że polska rzeczywistość społeczno-gospodarcza wyklucza przeniesienie w całości jakiegokolwiek rozwiązania z innego państwa, nawet poprzez analogię do tych samych potrzeb życiowych chorych osób niesamodzielnych. Tak więc model kompleksowej opieki długoterminowej, jakkolwiek specyficzny powstał jednak w zgodzie z trendami obowiązującymi w Europie i odzwierciedlał dążenie autorki do zapewnienia mu jakości.

Podstawowe problemy w funkcjonowaniu modelu spowodowane były częściowym tylko (40%) finansowaniem przez NFZ rzeczywistych kosztów funkcjonowania i koniecznością stałego poszukiwania poprzez Stowarzyszenie na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol” środków finansowych umożliwiających funkcjonowanie modelu kompleksowej opieki długoterminowej w niezmiennym kształcie przez 7 lat. To niedoszacowanie kosztów było także powodem, że inne ZOL czy ZPO, które były zainteresowane poprawą jakości opieki poprzez wdrożenie standardów realizowanych w modelu, mogły tylko niektóre jego elementy aplikować do swej praktyki.

Badania były przeprowadzone z zamierzeniem wdrożenia ich wyników w praktyce, w celu poprawy jakości i efektywności świadczeń pielęgnacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Autorka doświadczyła zupełnego braku praktycznego zainteresowania u organizatorów opieki społecznej i zdrowotnej, na wszystkich szczeblach decyzyjnych, do wdrożenia zespołowego działania pracowników pomocy społecznej z pracownikami medycznymi.

Standaryzacja, dokumentowanie, koordynowanie świadczeń i merytoryczny nadzór były postrzegane jako zagrożenie. Można odnieść wrażenie, że politycy nie są zainteresowani przemianami jakościowymi w sferze społecznej, a urzędnicy i świadczeniodawcy nie chcą żadnych zmian, gdyż obawiają się, że próba ich wdrożenia i uporządkowania ukaze całą „stajnię Augiasza”<sup>100</sup>, bezradność strukturalną oraz finansową.

Przy budowie autorskiego modelu wykorzystane zostały doświadczenia innych krajów (Anglia, Szwecja, Holandia, Niemcy), a przy standaryzacji niemieckie ustawodawstwo (Kodeks Socjalny)<sup>101</sup> i przepisy wykonawcze do funkcjonowania Kas Pielęgnacyjnych, a także piśmiennictwo dotyczące badanej problematyki. Jednak podstawowym źródłem informacji dla optymalizacji modelu opieki długoterminowej była systematyczna, obserwacja bezpośrednia jego funkcjonowania, z zastosowaniem standaryzowanych technik rejestrowania i gromadzenia materiałów, co pozwoliło na dokonywanie bieżącej oceny jego użyteczności. Poza, utworzonym i opisanym przez autorkę, modelem kompleksowej opieki długoterminowej, w ramach którego chorzy mogli korzystać z kompleksu świadczeń, odzwierciedlającego wszystkie współczesne trendy w Europie, nie ma innych prób wdrożenia rzeczywistej zmiany jakościowej. Podstawowa pielęgnacja nadal jest niedoceniana przez decydentów, a w efekcie zaniedbywana (niskie nakłady) i spychana na obrzeża ochrony zdrowia. To prawda, że jest ona zaledwie świadczeniem towarzyszącym świadczeniom zdrowotnym, ale jakże ważnym dla utrzymania efektów leczenia.

Bardzo poważnym utrudnieniem w zbudowaniu modelu opieki, była niska kultura pracy pracowników medycznych, zarówno lekarzy, pielęgniarek i opiekunów przejawiająca się w braku szacunku dla pacjentów i dla siebie wzajemnie oraz w nieumiejętności wspólnego, uzupełniającego się działania.

<sup>100</sup> Autorka, z uwagi na skalę problemu, odwołuje się tu do przykładu z mitologii greckiej – jednej z prac Heraklesa, będącej symbolem sprawy zaniedbanej, której uporządkowanie wymaga nadludzkiego wysiłku, sprytu i przemyślności.

<sup>101</sup> Nachtigäller C, Fischer E: Kodeks Socjalny (SGB) – Księga XI – Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne z dnia 26.05.1994; stopnie opieki pielęgnacyjnej, katalog świadczeń, zasady kwalifikowania do opieki; Federalny Dziennik Ustaw I. Poz. 1014 z późn. zm.; <http://www.wrzos.org.pl/> Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych – WRZOS.

Dokonując oceny przeprowadzonych badań własnych, autorka uważa, że cel pracy został osiągnięty gdyż w wyniku kilkuletnich badań i udoskonalania modelu opieki, utrwalił się on na tyle, że po zakończeniu badań, na jego bazie powstał zakład opieki długoterminowej, który kontynuuje koncepcję kompleksowej opieki długoterminowej opartej na pielęgnacji kompensacyjnej. Tak więc przedstawiona w pracy nowa autorska koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej, zrealizowana w modelu badawczym udowodniła, że w polskich warunkach może funkcjonować forma opieki kompleksowo i sensownie rozwiązująca problemy chorych i niesamodzielnych ludzi.

Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej scalała w modelu badawczym wszystkie elementy kompleksowej opieki długoterminowej w logiczny system działań. Była warunkiem i impulsem do koordynowania świadczeń i monitorowania ich efektywności. Niestety, poza autorką, która oparła świadczenia realizowane w modelu badawczym, na szczegółowo opisanej podstawie teoretycznej – koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, pozostali zainteresowani tematem, w tym dyrektorzy ZOL czy ZPO, nie wyszli poza sferę dyskusji. W dyskusji nad wdrożeniem modelu w szeroko pojętej praktyce często podnoszono nie rozwiązana w systemie prawnym kwestię kryterium rozróżnienia pacjenta w ZOL i ZPO od tego w DPS. Próbowano wyodrębnić kategorie osób i w oparciu o to tworzyć kryteria kwalifikacyjne do DPS, ZOL oraz ZPO.

Stanowisko autorki, oparte na jej badaniach, wyrażało pogląd, że definiowanie człowieka niesamodzielnego i chorego tak by go dopasować do urzędniczego widzenia zadań DPS czy ZOL, ZPO jest bez sensu i skazane na porażkę. Koncepcja powinna być oparta na człowieku oraz jego potrzebach biologicznych i psychicznych, a korzystanie z obu systemów – ochrony zdrowia i pomocy społecznej powinno być płynne. Podmiotem opieki długoterminowej jest niesamodzielny człowiek, a istotą tej opieki jest jego potrzeba stałej pielęgnacji realizowanej przez opiekuna medycznego lub potrzeba stałej opieki pielęgniarstwa. Kryterium doboru formy opieki stanowi rozróżnienie, czy potrzeba dotyczy opieki dziennej czy całodobowej. Jeżeli potrzeba dotyczy tylko pielęgnacji podstawowej, to adekwatna jest opieka dzienna w domu w formie usług opiekuńczych (podstawowych lub specjalistycznych) lub całodobowa w DPS), jeżeli potrzeba dotyczy systematycznych (stałych) świadczeń pielęgniarstwa, to adekwatna jest pielęgniarstwo długoterminowe opieka domowa (dzienna) lub pobyt w ZOL/ ZPO gwarantujący całodobową opiekę pielęgniarstwa.



Biorąc pod uwagę potrzeby kadrowe i narastający brak pielęgniarek, autorka założyła, że konieczne jest wzmocnienie kadrowe poprzez wprowadzenie nowego pomocniczego zawodu medycznego, którego zadaniem byłoby pielęgnowanie osób chorych i niesamodzielnych. Dlatego, w nowej koncepcji pielęgnowania opiekun medyczny pełni rolę kadry podstawowej, a obserwacje poczynione przez autorkę w toku badań wytyczyły etos jego pracy oraz wzorzec zawodowy. Autorka uznała również, że wprowadzenie nowego zawodu pomocniczego, w którego kompetencji będzie podstawowa pielęgnacja, wymaga precyzyjnego wytyczenia granic kompetencyjnych w standardach opieki długoterminowej, szczególnie w odniesieniu do kompetencji pielęgniarskich. Opiekun medyczny jest zawodem pomocniczym, a więc niesamodzielnym i jako taki, zadania wykonuje na zlecenie pielęgniarki i pod jej nadzorem.

NFZ wyraża akceptację dla zatrudniania opiekunów medycznych we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej i w związku z tym należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowanie na tych pracowników. Niezwykle istotne są ramowe programy kształcenia w tym zawodzie.

Nowa autorska koncepcja pielęgnowania może być ideą przewodnią dla opieki długoterminowej, teoretyczną podstawą funkcjonowania opiekunów medycznych, ale także warunkiem celu nadrzędnego jakim jest poprawa jakości opieki długoterminowej w Polsce.

Niestety podstawa programowa i program ramowy kształcenia w zawodzie opiekun medyczny, zdaniem autorki zbyt mało koncentrują się na tym co najważniejsze – umiejętności kompensowania utraconej sprawności z użyciem nowoczesnych technologii, a zbyt wiele na anatomii i innych teoretycznych podstawach pielęgniarstwa. Przy założeniu, że pielęgniarka będzie zlecać pielęgnację, opiekunowi jest potrzebny taki zakres teorii by opiekunka dobrze zrozumiała polecenie pielęgniarki i świadomie oraz bezpiecznie, dla pacjenta i dla siebie, je wykonała. Wadą jest także całkowite pominięcie w ramowym programie nauczania podstawy koncepcyjnej zawodu. Zdaniem autorki jest to niezbędne w tzw. zawodach zaufania społecznego, do których należą także opiekunowie medyczni. Ta sytuacja sprowokowała autorkę do założenia

modelowej szkoły opiekunów medycznych kształcącej na poziomie średnim oraz zasadniczym. Wszystkie doświadczenia zdobyte w toku badań oraz podczas uczenia opiekunów, autorka wykorzystuje w pracach nad autorskim programem nauczania.

Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej, stanowiąca teoretyczną podstawę funkcjonowania modelu kompleksowej opieki długoterminowej nadała charakter wszystkim standardom pielęgnowania oraz postępowania terapeutycznego w modelu badawczym [patrz Aneks]. Cieszyły się one zainteresowaniem świadczeniodawców, ale niestety, z powodu bardzo trudnej sytuacji finansowej i braków kadrowych aplikowane do ich zakładów elementy modelu kompleksowej opieki długoterminowej dotyczyły najczęściej wymiany podstawowego sprzętu oraz niektórych nowoczesnych procedur pielęgnacyjnych i miały niewiele wspólnego z koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej, zespołami terapeutycznymi oraz zarządzaniem jakością.

W Polsce jest wiele aktów prawnych i instytucji, których obszarem zainteresowania jest szeroko pojęta rehabilitacja. Niestety, osoba chora, która potrzebuje długotrwałej, wielomiesięcznej rehabilitacji usprawniającej nigdzie jej nie uzyska. Głównie z tego powodu w ramach modelu kompleksowej opieki długoterminowej, autorka poświęciła dużo uwagi na zapewnienie pacjentom rehabilitacji usprawniającej, a szczególnie treningom samoobsługi. Znaczenie rehabilitacji usprawniającej (ergoterapii) jest bezdyskusyjne, ale ten zakres rehabilitacji jest w Polsce niemal nieznanym i poza PFRON nie można liczyć na żadne inne źródło jej finansowania.

Podobnie rzadkim zjawiskiem jest u nas wykorzystywanie nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności. Powszechnie stosowane są jedynie wózki inwalidzkie, okulary, laski, protezy zębowe i aparaty słuchowe, ale też nie przez wszystkich potrzebujących, co potwierdziły przeprowadzone badania.

Wyniki badań wskazujące na niezbędność zastosowania w procesie pielęgnowania, sprzętu oraz nowoczesnych technologii, które poprawiają sprawność, bezpieczeństwo i jakość opieki, przedstawiane przez autorkę w wielu publicznych debatach przyczyniły się do wzbogacenia polskiej oferty rynkowej. Ponadto, rekomendowanie przez nią profesjonalnego sprzętu i materiałów poprzez ocenę ich praktycznej przydatności w modelu, wpłynęło bezpośrednio na poprawę warunków pracy i jakości w wielu zakładach opieki długoterminowej. Ma to duże znaczenie dla poprawy warunków i efektywności pielęgnowania.

Generalnie osoby zarządzające polskimi zakładami opieki zdrowotnej, nie mają wiedzy i nie są zainteresowane warunkami bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych. Większość zakładów nie posiada podstawowego wyposażenia ułatwiającego pielęgnację osób niepełnosprawnych i unieruchomionych. Nie przestrzega się także prawa pacjentów do intymności. Tylko w nielicznych zakładach znajduje się i jest używany podstawowy sprzęt, taki jak łóżka pielęgnacyjne, zintegrowany system do higieny osobistej, podnośniki. Pielęgnowanie pacjentów niepełnosprawnych i niesamodzielnych w polskich zakładach opieki długoterminowej cechuje się niezwykle wręcz prymitywizmem.

Zastanawiające jest to, że polska pielęgniarka uważa za oczywiste i konieczne stosowanie nowoczesnych narzędzi i technologii w procesie leczenia oraz uaktualnianie wiedzy na ten temat, a nie dostrzega tej oczywistości w procesie pielęgnowania.

Z tego powodu w modelu badawczym zastosowano wszystkie nowoczesne metody i technologie przydatne w pielęgnowaniu osób niesamodzielnych, a także zwrócono szczególną uwagę na podmiotowe traktowanie pacjenta i jego prawo do intymności i dyskrecji.

Dokumentacja, opracowana na potrzeby modelu opieki długoterminowej opartego na pielęgnacji kompensacyjnej, dawała pełny, indywidualny obraz osoby objętej opieką, rodzaj, częstotliwość i czas wykonania czynności. Odnotowywany był także fakt zaplanowania czynności i ich niewykonania, łącznie z podaniem przyczyny. Wpisów dokonywały pielęgniarki i opiekunowie medyczni, zależnie od tego kto wykonywał daną czynność. Dokumentowanie świadczeń pielęgnacyjnych oparte było na zasadzie przejrzystości i czytelności informacji istotnych dla procesu pielęgnacji oraz opieki we wszystkich jego etapach i dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Wprowadzając standard dokumentowania procesu pielęgnacji, autorka korzystała z doświadczeń innych krajów, ale zdecydowany wpływ wywarła niemiecka pragmatyka dokumentowania świadczeń medycznych.

Pierwsza i podstawowa różnica, w stosunku do dotychczas prowadzonej dokumentacji pielęgniarstwa w polskich szpitalach, to odejście od opisowego przedstawiania sytuacji, na oddziale, w ogólnych raportach pielęgniarstwa na rzecz ankietowego wypełniania indywidualnej dokumentacji i dopuszczenie do dokumentowania personelu pomocniczego. Dokumentacja zawiera pełny standardowy wykaz czynności do wykonania, a pielęgniarka lub opiekun określa to co wykonała, lub obserwację która jest istotna dla procesu pielęgnacji. Tym samym dokumentacja zwraca uwagę personelu na to co jeszcze nie zostało wykonane. Opiekun lub pielęgniarka wpisuje do dokumentacji dodatkową treść jeżeli wystąpiła sytuacja ponadstandardowa. Wypełnienie tej dokumentacji, mimo dużego stopnia szczegółowości, wymagało znacznie mniej czasu niż dokumentacja wypełniania tradycyjnie przez opisywanie całego procesu pielęgnowania. Istotną zaletą jest to, że precyzyjność wpisów nie jest uzależniona od zdolności językowych i poziomu wykształcenia ogólnego opiekuna, co pozwala na uzyskanie obiektywnego obrazu osoby objętej opieką.

Druga różnica wynika z założonego w pielęgnacji kompensacyjnej, podejścia do pacjenta. Żeby pielęgnacja kompensacyjna była skuteczna niezbędne jest poznanie biografii pacjenta i znalezienie punktu wyjścia do rozpoznania jego możliwości i uzasadniania celowości podjętych działań terapeutycznych. W dokumentacji przy każdej czynności pielęgnacyjnej czy opiekuńczej zaznacza się czy pacjent może wykonać daną czynność sam, czy trzeba mu pomóc lub go wyręczyć. Zasadą pielęgnacji kompensacyjnej jest zwiększanie samodzielności i jeżeli pacjent może zrobić cokolwiek sam, to błędem w sztuce pielęgnowania jest wykonywanie tego za niego, np. z tego powodu, że opiekun zrobi to szybciej i lepiej. Dokumentacja zwraca uwagę na kompensowanie utraconej sprawności, w tym użycie sprzętu wspomagającego, protez, materiałów medycznych i środków pomocniczych.

Praktyczne wdrożenie wzorów dokumentacji opracowanych zgodnie z ideą kompleksowej opieki długoterminowej, opartej na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej w dużej części dyscyplinowało postępowanie pielęgnacyjne co zadecydowało o jego efektywności.

Już w 1993 roku autorka zainicjowała, trwającą do dzisiaj w środowisku pielęgniarstwa, dyskusję na temat konieczności budowania systemu opieki długoterminowej oraz roli jaką w tym procesie mogą i będą odgrywać pielęgniarki.

Wszystkie dane demograficzne i epidemiologiczne, analizowane na tle transformacji kształcenia pielęgniarek w naszym kraju i ich narastającego braku, są alarmujące. Wskazują na to, że zakłady opieki długoterminowej, DPS i inne domy opieki będą musiały funkcjonować praktycznie bez pielęgniarek, a opiekunowie będą stanowić w nich kadre podstawową. Problem polega na tym, że obecnie w Polsce, tych profesjonalnie przygotowanych opiekunów jest niewiele. Problematyczna jest także możliwość utrzymania dotychczasowego poziomu zatrudniania pielęgniarek w POZ i ich wydolność w domowej opiece nad osobami przewlekle chorymi.

Autorka pragnęła przekonać decydentów, że są możliwe rozwiązania systemowe w problematyce opiekuńczej bez większych zmian w obowiązującym systemie prawa i w tym celu zbudowała model kompleksowej opieki długoterminowej, oparty na jej autorskiej koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej.

Z tego też powodu model kompleksowej opieki długoterminowej był przedmiotem kilkuletniej dyskusji, która przyczyniła się do pierwszych zmian w funkcjonowaniu opieki długoterminowej, m.in. wprowadzenie przez NFZ pielęgniarstwa długoterminowej w domu pacjenta, tzw. pielęgniarstwa zadaniowego w POZ, standaryzacja świadczeń, wprowadzenie medycznego zawodu pomocniczego – opiekuna medycznego.

Punktem wyjścia każdej debaty jest niekwestionowane uznanie, że obecnie realizowana opieka długoterminowa jest niewystarczająca i nieadekwatna do potrzeb, przeto istnieje konieczność wprowadzenia zmian opartych na nowych podstawach koncepcyjnych, teoretycznych.

Takie podejście do przedmiotu dyskusji wzbudzało zainteresowanie systemami opieki długoterminowej w innych krajach jak również doświadczeniami autorki zdobytymi w trakcie prowadzenia przez nią modelu badawczego.

W ostatnich latach głównym problemem, poruszonym w publicznej debacie były skutki społeczne narzuconych przez NFZ, drastycznych kryteriów kwalifikacyjnych do opieki stacjonarnej oraz ograniczeń w postaci limitów cenowych i ilościowych, a w efekcie długich kolejek osób oczekujących na opiekę. Burzliwą dyskusję budziły

także wymagane przez NFZ warunki lokalowe i personalne (szpitalne), które nie mają żadnego wpływu na jakość pielęgnacji i opieki ale istotnie podnoszą koszt opieki długoterminowej. Echo tej dyskusji przenoszone są do Ministerstwa Zdrowia i tam kontynuowane.

Uwarunkowania opieki wprowadzone przez NFZ miały bezpośredni wpływ także na wyniki badań. Badaniem została objęta grupa pacjentów o poziomie sprawności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych do 40 pkt w skali *Barthel*, z negatywnymi rokowaniami co do poprawy stanu zdrowia oraz sprawności, gdzie oddziaływanie kompleksowej opieki nie było tak efektywne jak można by się spodziewać w przypadku pacjentów w stabilnym stanie zdrowia, których sprawność w zaspokajaniu potrzeb życiowych oceniana na podstawie Skali *Barthel* mieści się między 40 a 100 pkt.

Mimo tego, że z powodów wyżej wspomnianych, badaniami objęto niemal wyłącznie pacjentów całkowicie niesamodzielnych i z niesamodzielnością znaczną (do 40 pkt w Skali *Barthel*), autorka uważa, że wnioski z badań odnosić się mogą do wszystkich osób potrzebujących opieki długoterminowej i takie stanowisko zajmuje w debatach publicznych. Oczywiście, efektowniejsze byłoby wykazanie zalet nowego modelu opieki długoterminowej w odniesieniu do osób z dobrym rokowaniem, ale te osoby są poza zainteresowaniem polityków i NFZ. Niestety, autorce nie udało się pozyskać środków na tę część badań, a ludzie potrzebujący tej pomocy i nie spełniający kryteriów kwalifikacyjnych NFZ, którzy nie mieli wystarczających środków by sfinansować tę opiekę we własnym zakresie pozostawali bez profesjonalnej opieki co najczęściej kończyło się znacznym pogorszeniem stanu zdrowia i pogłębieniem cierpienia. Z powodu ograniczenia dostępności do świadczeń finansowanych przez NFZ, u wielu osób którym można by skutecznie pomóc i istotnie poprawić ich samodzielność, wystąpiły poważne skutki zaniedbań pielęgnacyjnych, których leczenie wymagało hospitalizacji albo długich pobyków w ZOL/ZPO. Ograniczenie dostępności do świadczeń i związane z tym społeczne koszty zaniedbań pielęgnacyjnych podnoszone były podczas każdej debaty publicznej. Na tym tle autorka dokonywała porównań dotychczasowego modelu opieki długoterminowej z nowym, uważając, że upoważnia ją do tego stopień zaawansowania wdrażania do praktyki tej nowej autorskiej koncepcji pielęgnowania.

Poglądy autorki cechuje pragmatyzm, więc jako punkt wyjścia dla swej autorskiej koncepcji pielęgnacji przyjęła potrzeby, które warunkują życie biologiczne człowieka, a więc bezwzględnie muszą być zaspokojone, a których osoby te nie mogą zaspokoić w ramach własnych bardzo ograniczonych możliwości samoobsługi. Nie pomija również przyczyn niesamodzielności, a więc skutków urazów, wieku czy chorób przewlekłych, które stwarzają zapotrzebowanie na długotrwałą opiekę lekarską, pielęgnarską i innych terapeutów. Świadczenia zdrowotne i pielęgnacyjno-opiekuńcze muszą być komplementarne i skoordynowane. Ten aspekt autorka podkreśla w każdej dyskusji dotyczącej organizacji opieki nad osobami chorymi i niesamodzielnymi.

Dla autorki oczywiste jest, że jakiegokolwiek ingerencje w obowiązujący system prawa, a dotyczące funkcjonowania opieki długoterminowej w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej powinny być oparte na koncepcji scalającej poszczególne działania w tych obszarach w funkcjonalną całość, co pozwoli osiągnąć założony społecznie użyteczny cel – zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego przewlekle chorym i niesamodzielnym obywatelom. Zdaniem autorki cel ten można osiągnąć poprzez wdrożenie kompleksowej opieki długoterminowej, opartej na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, której wartość została potwierdzona wynikami badań praktycznych. Autorka zakłada, że jej koncepcja może stać się pragmatyczną ideą leżącą u podstaw profesjonalizacji i standaryzacji wszystkich działań w obszarze opieki długoterminowej. Przemawiają za tym doświadczenia innych krajów wskazujące, że jeżeli jakaś sfera ludzkiej aktywności jest oparta na sprawdzonej w praktyce, niejako wspólnej idei, to znacznie łatwiej wprowadzić później koordynację działań wdrażających i uzyskać pożądany efekt ich komplementarności. Zakłada także, że jej koncepcja może mieć także wpływ na uzasadnione, sensowne wydatkowanie środków finansowych. Jej zdaniem należy dążyć do zmniejszania zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną. Wprawdzie w wielu przypadkach rezygnacja z opieki instytucjonalnej nie będzie możliwa, ale założeniem jej koncepcji jest także uzyskanie, poprzez poprawę jakości opieki długoterminowej, efektu skrócenia pobytów w ZOL i ZPO. Dobra jakość opieki wpłynie także na obniżenie globalnych kosztów szpitalnego leczenia powikłań zdrowotnych, spowodowanych zaniedbaniami pielęgnacyjnymi. Ta autorska koncepcja obejmuje tylko te elementy, które były poddane długookresowemu sprawdzeniu w praktyce wielu krajów, co pozwala na przyznanie jej cechy całkowitej przydatności praktycznej. Ten, wytyczony przez autorkę szczegółowy cel pracy, został osiągnięty, gdyż utworzony dla celów badawczych model kompleksowej opieki długoterminowej

cieszył się dużym zainteresowaniem organizatorów i świadczeniodawców w obszarze opieki długoterminowej i dał jej siłę argumentów w debacie publicznej. W efekcie elementy modelu były aplikowane do praktyki niemal wszystkich zakładów opieki długoterminowej w Polsce.

Od roku 2008 toczy się publiczna debata na temat zapewnienia opieki pielęgniarstwu chorym i niesamodzielnym mieszkańcom DPS. Tu również autorka wskazuje na sensowność wydzielenia jednego obszaru opieki długoterminowej jako zbioru wspólnego dla ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Świadczenia w tym wspólnym obszarze byłyby finansowane w zależności od ich rodzaju, a nie od miejsca w systemie, przez NFZ, pomoc społeczną, ze środków prywatnych. Oczywiście wymaga to precyzyjnego określenia zakresu świadczeń gwarantowanych dla każdego z publicznych źródeł finansowania. Łącznikiem między dwoma systemami będzie pielęgniarstwo do której kompetencji powinno należeć zlecenie pielęgnacji wszystkim opiekunom medycznym, bez względu na miejsce ich pracy oraz nadzór nad realizowanymi przez opiekunów procesami pielęgnacyjnymi. Zadanie to (zlecenie i nadzór pielęgnacji), jako mające bezpośredni wpływ na stan zdrowia chorych i niesamodzielnych osób powinno być finansowane przez NFZ, podobnie jak wszystkie świadczenia zdrowotne i terapeutyczne. Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze wykonywane poza zakładami opieki zdrowotnej powinny być finansowane przez pomoc społeczną i ze środków prywatnych. To pozwoli na logiczne podejście tej problematyki w wymiarze indywidualnym oraz globalnym i sensowne zarządzanie obszarem wsparcia społecznego.

Propozycja ta jest alternatywą dla poczynionych w toku badań obserwacji, że jednostki organizacyjne udzielające świadczeń w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także inne organizacje i instytucje, których misją jest pomoc osobom chorym i niepełnosprawnym nie kontaktują się ze sobą i nie podejmują próby współdziałania. Świadczeniodawcy, nie wykazują żadnego zainteresowania „wędrowną” osobą chorej i niepełnosprawnej po obu systemach. Często nieświadomie niwelują efekty pracy innych profesjonalistów bądź pomijają istotne okoliczności i nie udzielają odpowiedniej pomocy, a jedynie powielają nieskuteczne i kosztowne działania innych jednostek.



Z obserwacji poczynionych w toku badań wynika, że część osób nieustannie korzysta z dostępnego w systemie społecznego wsparcia „krążąc” po instytucjach i zakładach, a inna także bardzo liczna grupa jest całkowicie pozbawiona jakiegokolwiek formy opieki długoterminowej. Dotyczy to głównie mieszkańców małych miast i wsi.

Autorka wyraża pogląd, że sytuację tę poprawiłoby zobowiązanie każdego pracownika medycznego lub służb socjalnych, który powziął wiadomość o osobie chorej i niepełnosprawnej, której stan zdrowia jest zły i wskazuje na poważne zaniedbania pielęgnacyjne, do zgłoszenia tego faktu do specjalnie utworzonych np. przy Wojewodzie (Centrum Zdrowia Publicznego) baz danych, prowadzonych przez biuro obsługi wyspecjalizowane w koordynowaniu udzielanej pomocy w systemie opieki długoterminowej. Umożliwiłoby to nie tylko zarejestrowanie osoby wymagającej długoterminowego wsparcia i nadzorowanie procesu udzielania jej pomocy, ale także zbieranie danych niezbędnych do kształtowania regionalnej polityki społecznej i zarządzania finansami przeznaczanymi przez budżet i ubezpieczycieli na ten sektor. W Niemczech taką rolę pełni Kasa Pielęgnacyjna będąca podstawowym źródłem finansowania opieki długoterminowej.

Takie podejście jest i ekonomiczne i humanitarne. Badania własne i czas ich trwania pozwoliły autorce określić przeciętne koszty opieki stacjonarnej, domowej oraz usług wypożyczalni sprzętu. W efekcie wykazany został dramatyczny poziom niedoszacowania (około 60%) stawki jaką NFZ płaci za tzw. osobodzień opieki stacjonarnej oraz prawie 30% w opiece domowej. Dlatego też, zdaniem autorki, niezbędne jest ustalenie zasad stabilnego finansowania opartego na rzeczywistej wycenie świadczeń, przeprowadzonej w oparciu o obowiązujące świadczeniodawców standardy postępowania pielęgnacyjnego i terapeutycznego.

Brak wystarczających środków na podstawową pielęgnację, a przy tym przeznaczanie tych skromnych zasobów na drogie leczenie chorób przewlekłych, które powinno być finansowane na zasadach ogólnych, a nie kosztem opieki długoterminowej, jest tematem wywołującym gorącą dyskusję na wszystkich konferencjach i oficjalnych spotkaniach poświęconych opiece długoterminowej

Przeprowadzone badania zwróciły także uwagę na obecne braki systemowe w zakresie monitorowania jakości oraz kształcenia w zawodach opiekuńczych co także było tematem podnoszonym w wielu merytorycznych dyskusjach. Jednak najnowszym przyczynkiem do gorącej publicznej dyskusji jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Akt ten jest ukoronowaniem wszystkich zaniedbań w opiece długoterminowej oraz wyrazem lekceważenia, rzeczywistego oraz słownikowego, znaczenia podstawowych pojęć. W zakres świadczeń pielęgnacyjnych wpisano świadczenie wykonywane przez lekarza, lekarza specjalistę, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, logopedę, psychologa itd. Powstała sytuacja w której nie gwarantuje się świadczeń a tylko osobę realizatora, natomiast o zakresie pomocy udzielonej osobie zakwalifikowanej do opieki zadecyduje NFZ, nazywając wszystko gwarantowanymi świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w zakresie opieki długoterminowej. W efekcie świadczenie lekarskie stało się gwarantowanym świadczeniem pielęgnacyjno-opiekuńczym.

NFZ stał się jedynym gwarantem, płatnikiem i kreatorem polityki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej. Ten potrójny monopol powoduje, że NFZ nabrał charakteru dyktatora i tak się też zachowuje wobec pacjentów i świadczeniodawców.

Wyniki badań opisują przeciętnego klienta opieki długoterminowej i wskazują jak bardzo istotna profilaktyka skutków długotrwałego unieruchomienia i promocja zdrowia w chorobach przewlekłych, niestety ta problematyka jest marginalizowana przez kreatorów polityki zdrowotnej i NFZ. Te sprawy w autorskiej nowej koncepcji pielęgnowania były traktowane ze szczególną troską. Obecnie obowiązujące kryteria kwalifikowania do opieki długoterminowej ograniczają dostępność do świadczeń 2/3 populacji, tj. osobom których samodzielność oceniana na podstawie Skali Barthel przekracza poziom 40 pkt. Oznacza to, że osoby u których można by było znacznie poprawić jakość życia i poziom samodzielności oraz zapobiec wielu skutkom długotrwałego unieruchomienia są pozbawione profesjonalnej pomocy w efekcie czego

stan ich zdrowia pogarsza się na tyle, że mogą już być zakwalifikowani do ZOL czy ZPO i wpisani w kolejkę oczekujących. Kolejki te jak to wynika z badań są kilkumiesięczne. W okresie oczekiwania, z powodu utrzymujących zaniedbań pielęgnacyjnych, dochodzi do wielu kryzysów zdrowotnych, które wymagają powtarzających się hospitalizacji. Jest to nie tylko źródło generowania potężnych kosztów w ochronie zdrowia ale także źródło dotkliwych cierpień, których można było uniknąć.

Obecnie funkcjonująca Minister Zdrowia, w reakcji na żądania szpitali by NFZ zapłacił za ponad limitowe świadczenia, oświadczyła w TV, że przyczyną zadłużeń szpitali jest zła „polityka kolejkowa”.

Autorka uważa za szkodliwe społecznie, świadome zamknięcie systemu opieki długoterminowej przed osobami ze znacznie ograniczoną samodzielnością, ale ocenianą powyżej 40 pkt. w Skali Barthel i z pomyślnym rokowaniem. Jeżeli u pacjentów objętych opieką, nastąpi okresowa poprawa sprawności, przekraczająca tę magiczną granicę 40 pkt., to NFZ odmawia finansowania opieki co oznacza wypisanie do domu i pozbawienie opieki długoterminowej. Kończy się to kolejnym pogorszeniem stanu zdrowia. Autorka także doświadczyła boleśnie takiego podejścia, gdyż prowadzone przez nią Centrum Pielęgnacyjne zostało ukarane decyzją dyrektora Kasy Chorych, która zażądała zwrotu środków przekazywanych na opiekę, od dnia w którym kwestionowani pacjenci przekroczyli 40 pkt. w Skali Barthel. Istotny jest tu fakt, że w ramach prowadzonych badań i wdrożenia kompleksowej pielęgnacji kompensacyjnej usprawniono kilkunastu całkowicie niesamodzielnych pacjentów, którzy mieszkali samotnie, a zostali wypisani do domu gdy ich sprawność w zaspokajaniu swoich potrzeb była na poziomie 80 pkt. Osoby te dzięki temu mogły funkcjonować samodzielnie przy niewielkiej pomocy opiekunki środowiskowej.

NFZ skutecznie udowadnia świadczeniodawcom, że w opiece długoterminowej nie chodzi o to by pacjenta usamodzielnic ale o to by go utrzymywać w stanie całkowitej zależności od pomocy zewnętrznej i systemu ochrony zdrowia.

Takie podejście spowodowało niestety to, że w toku badań nie można było wykazać rzeczywistej skuteczności pielęgnacji kompensacyjnej. Ta trudna sytuacja utrzymuje się nadal gdyż nie ma politycznej woli uporządkowania tego obszaru świadczeń zdrowotnych. Obecnie, zaledwie kilku polityków podnosi kwestię pilnego wzmocnienia tego sektora usług, także w domach pomocy społecznej. Trwają prace nad ustawą o społecznym ubezpieczeniu ryzyka niesamodzielności. Jest to realna szansa na rozwiązanie większości problemów poruszanych przez autorkę w jej rozprawie na temat nowej koncepcji pielęgnowania. Jest to także jeden z publicznie dyskutowanych tematów z problematyki opieki długoterminowej.

Zważywszy na społeczną skalę potrzeb, autorka jest zwolenniczką nadrzędnych założeń przyjętych przez Radę ds. Osób Niesamodzielnych<sup>102</sup>, i w systemie opieki długoterminowej uznaje prymat podstawowych potrzeb ludzkich nad potrzebami wyższego rzędu, prymat opieki domowej nad stacjonarną oraz pielęgnacji kompensacyjnej połączonej z szeroko pojętą rehabilitacją usprawniającą nad pielęgnacją w dotychczasowym rozumieniu tego pojęcia w Polsce.

W naszym kraju stale mamy do czynienia z niczym nie uzasadnionymi decyzjami urzędniczymi, osłabiającymi i tak kruchą kondycję świadczeniodawców, chorych osób niesamodzielnych i ich rodzin. W związku z kilkumiesięcznym oczekiwaniem na długoterminową opiekę stacjonarną, preferencje osób, wymagających opieki, chcących pozostać w swoim środowisku powinny być brane pod uwagę, ale to co im system oferuje nie pozwoli na biologiczne przetrwanie jeżeli nie ma rodziny angażującej się w znacznym stopniu w codzienne procesy pielęgnacyjne. Mimo preferowanej w Europie tendencji do odchodzenia od opieki stacjonarnej w kierunku opieki domowej, w Polsce nie ma wystarczających kadr i środków by tę formę opieki rozwijać. Jeszcze do ubiegłego roku jedynym medycznym pracownikiem zajmującym się pielęgnowaniem była pielęgniarzka, obecnie kształcona na poziomie wyższym. Powstaje pytanie czy nasz kraj stać na to by profesjonalista kształcony na poziomie wyższym zajmował się myciem, karmieniem i przemieszczaniem chorym.

---

<sup>102</sup> Rada pełni funkcję organu pomocniczego ministra właściwego do spraw zdrowia, została powołana w drodze zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2007 roku w sprawie powołania Rady do Spraw Osób Niesamodzielnych. Przewodniczącym Rady – jest prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Do zadań Rady należy doradzanie Ministrowi Zdrowia w zakresie spraw dotyczących osób, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej w następstwie chorób lub urazów wymagają niezbędnej opieki i pomocy w zaspokajaniu codziennych podstawowych czynności życiowych. Szczególnie doradzanie w zakresie przedsięwzięć badawczych, rozwiązań systemowych, harmonizacji działań instytucji państwowych, samorządowych i organizacji pozarządowych.

W związku brakiem pielęgniarek (także z przyczyn finansowych) nie można uniknąć zaniedbań pielęgnacyjnych, a w efekcie poważnych powikłań zdrowotnych skutkujących powtarzającymi się hospitalizacjami.

Polski rynek usług pielęgnacyjno-opiekuńczych jest bardzo ubogi. Obecnie, w warunkach opieki domowej sprowadza się do niskiej jakości usług opiekuńczych (osoby zatrudniane w ramach umowy zlecenia, bez kwalifikacji zawodowych, wynagradzane poniżej poziomu najniższej pensji krajowej, pracujące bez nadzoru i dokumentowania swych usług). Bardzo poważne niedoszacowanie zapłaty za wykonanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych utrudnia każdą dyskusję na temat jakości i praw pacjenta. NFZ odmawia odnoszenia się do kosztów i płaci za świadczenia według nierozpoznawalnych kryteriów. Podobnie jak w przypadku problemów z oszacowaniem globalnych wydatków (prywatnych i publicznych) ponoszonych na opiekę długoterminową, równie trudno jest ocenić poziom i zakres opieki. Ponieważ każdy kraj ma swój własny system, trudne jest porównanie danych liczbowych dotyczących dostępności do opieki.<sup>103</sup> Ten brak wiedzy o rzeczywistych potrzebach i globalnych kosztach, wskazuje na potrzebę wzbogacenia dotychczas zbieranych w Polsce danych statystycznych, tak by możliwe było sensowne planowanie rozwoju opieki długoterminowej i jej standaryzacji. Widoczne różnice w analizie danych z innych krajów Unii Europejskiej wynikają z różnych definicji opieki długotrwałej, systemów i koncepcji opieki długoterminowej. Z tego powodu dane statystyczne z tych krajów nie mogą być zastosowane przez analogię do sytuacji w Polsce. Jednak, ponieważ dotycząca, podobnie jak w Polsce, osoby niesamodzielnej w związku z chorobą, urazem lub wiekiem mogą być wykorzystane jako przyczynek do dyskusji o kierunkach rozwoju opieki długoterminowej w Polsce.

---

<sup>103</sup> Health statistics, Key data on health 2002, PANORAMA OF THE EUROPEAN UNION 2002 EDITION, Data 1970-2001, Eurostat, p.305

## 9. Wnioski

1. Przeprowadzone badania potwierdziły efektywność – mierzoną zarówno poprawą stopnia sprawności jak i stanu zdrowia (stanu klinicznego) - modelu kompleksowej opieki długoterminowej, w którym standaryzowany oraz koordynowany zakres świadczeń został oparty na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, zakładającej pomoc adekwatną do indywidualnych podstawowych potrzeb życiowych osoby objętej opieką.
2. Zbudowanie modelu kompleksowej opieki długoterminowej i wpisanie go w obowiązujący system prawa, było zadaniem trudnym nie tyle ze względu na przeszkody prawne ale głównie przez przeszkody mnożone przez urzędników - początkowo kas chorych a potem NFZ. Te „urzędnicze bariery” powodowane były nie tylko brakiem finansów ale także niekompetencją i skutecznie utrudniały funkcjonowanie zbudowanego modelu.
3. Wyniki wdrożenia, w 7 – letniej praktyce, modelu kompleksowej opieki długoterminowej, opartego na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, stanowiącej także teoretyczną podstawę funkcjonowania opiekuna medycznego, przyczyniły się do wprowadzenia w 2007 roku do systemu szkolnictwa zawodowego tego nowego, pomocniczego zawodu medycznego, którego zadaniem jest pielęgnacja chorych.
4. Opracowane i zweryfikowane, w 7-letniej praktyce, standardy pielęgnowania [patrz Aneks], zostały zaprezentowane w prasie zawodowej oraz na licznych tematycznych konferencjach. Wpłynęło to bezpośrednio na świadomość dyrektorów ZOL/ZPO oraz pracujących tam pielęgniarek co do istoty opieki długoterminowej i wywołało potrzebę poprawy warunków pracy i jakości opieki.
5. Opracowanie i praktyczne wdrożenie wzorów dokumentacji procesu pielęgnowania [patrz Aneks], adekwatnych do koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, miało zasadnicze znaczenie dla postrzegania wytyczonych standardów opieki oraz zarządzania jakością w modelu kompleksowej opieki długoterminowej. Konstrukcja dokumentacji umożliwiała precyzyjne dokumentowanie przebiegu procesu pielęgnowania i nie pozwalała na pominięcie jakichkolwiek aspektów dotyczących problemów i czynności pielęgnacyjnych. Dokumentacja była jednocześnie narzędziem samokontroli i nadzoru nad pracą pielęgniarek oraz opiekunów medycznych.

## Piśmiennictwo

1. Baran A: Osoby wymagające opieki w życiu codziennym w świetle wyników badania stanu zdrowia ludności w 2004 roku. Informacja na potrzeby MZ, Warszawa 2006.
2. Bartoszek A: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000.
3. Bolesławski L.: Prognoza demograficzna na lata 2003-2030, GUS, Warszawa 2004.
4. Gałkowski T. Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne. *Audiofonologia* nr 10, 1997, 159 – 164.
5. Harwas-Napierała B, Trempała J: Psychologia rozwoju człowieka. T. 2. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006.
6. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J: Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry, AM w Lublinie, Katedra Epidemiologii, Lublin 2000.
7. Jarosz H: Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się – raport WHO Project on Ageing and Health, Warszawa 2005.
8. Kapała W, Drygas P: Personel pielęgniarski w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce. *Zdrowie i Zarządzanie* 2001; 5: 33-41.
9. Kawczyńska-Butrym Z: Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1994.
10. Kocowski T: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1978, str. 11-15; 118-122.
11. Koff TH: Long-Term Care an Approach to Serving the Frail Elderly. Little Brown and Company Boston, Toronto 1982.
12. Krzyżanowska-Łagowska U: Wartości duchowe w etosie pielęgniarskim, Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków 2005.

13. Koziarkiewicz A., Szczerbińska K. i in.: Opieka długoterminowa w Polsce ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2008.
14. Löser AP: Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel. Schlütersche, Hannover 2004.
15. Lloyd P i in. The Guide To The Handling Of Patients, National Back Pain Association, NBPA 1997, Wydanie I polskie pod red. Szalkiewicz E: Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Przewodnik dla pielęgniarek, Wyd. Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2000.
16. Majewski T. W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej nr 1(139) 1994.
17. Marciniak G: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006
18. Maslow AH: W stronę psychologii istnienia, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2004, str. 7, 30-95, 205-221.
19. Roper N, Logan W, Tierney AJ: The Roper, Logan, Tierney Model of nursing. Churchill Livingstone 2000.
20. Roper N, Logan W, Tierney AJ: Die Elemente der Krankenpflege. RECOM-Verl., Basel 1989.
21. Roy C: Roy Adaptation Model. [w:] George JB: Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice. Prentice Hall 2002.
22. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K: Podstawy pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2004. str. 134-162
23. Sobol E: Słownik języka polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
24. Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dziegielewska M: Podstawy gerontologii społecznej. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006.
25. Szewczyk MT, Cierzniałowska K i in.: Modele opieki pielęgniarstwa. Przewodnik Lekarza 2005, 2: 82-86.



26. Szwalkiewicz E, Kaussen J: Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek. TZMO, Toruń 2006,
27. Talarska D, Wieczorowska-Tobis K, Szwalkiewicz E, praca zbiorowa: Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, Podręcznik dla opiekunów medycznych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009,
28. Tomaszewski T. i in.: Psychologia, PWN Warszawa 1975.
29. Volker H – praca zbiorowa: Podstawy kontroli jakości MDK w opiece ambulatoryjnej, Medyczna służba związków nadrzędnych kas chorych stow. zarej. (MDS), Essen 2005
30. Wiebiers D.O, Feigin W.L, Brown R.D, Udar mózgu, Medipage, Warszawa 2008
31. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r., GUS, Warszawa 2007,
32. Rocznik statystyczny 2007, GUS, Warszawa 2007, s. 393.
33. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I osoby niepełnosprawne, GUS, Warszawa 2003, s. 45.
34. Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej- pieniężnych, w naturze i usługach, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy Społecznej, Warszawa 2008.
35. Demograficzna przyszłość Europy – przekształcić wyzwania w nowe możliwości, Komisja Europejska październik 2006 r.
36. Wpływ starzenia się społeczeństwa na wydatki publiczne: prognozy dotyczące systemu emerytalnego, opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, edukacji i bezrobocia dla państwa członkowskich UE25, sprawozdanie opracowane przez Komitet Polityki Gospodarczej i Komisję Europejską (DG ECFIN), 2006
37. Wpływ starzenia się społeczeństwa na wydatki publiczne: prognozy dotyczące systemu emerytalnego, opieki zdrowotnej, opieki długotrwałej, edukacji i bezrobocia dla państwa członkowskich UE25 (2004-2050),

38. Ethical choices in long-term care: what does justice require? World Health Organization collection on long-term care, WHO 2002
39. The OECD Health Project, Long-term Care for Older People, OECD 2005 (Projekt zdrowotny OECD, Opieka długotrwała dla osób starszych, OECD 2005),
40. Zdrowie, starzenie się społeczeństwa i emerytura w Europie - pierwsze wyniki badań nad kwestiami opieki zdrowotnej, starzenia się i emerytury w Europie, 2005, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA),
41. Raport: Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski WHO PROJECT ON AGEING AND HEALTH – Warszawa 2005<sup>104</sup>
42. Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich: Zielona Księga „Sprostac̄ zmianom demograficznym: Nowa solidarność międzypokoleniowa”, Bruksela, 16.03.2005 COM 92005)
43. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, X Rewizja, T.J. Uniw. Wyd.Med. „Versalius”, Kraków 1994.
44. International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO. Geneva 2001.
45. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych – wydanie polskie 1994 na zlecenie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.
46. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
47. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalona przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 r. (MP Nr 50, poz.475).
48. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej / Dz. U. Nr 91poz. 408 z póź. zm.)
49. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z dnia 27 września 2004 r. z późn. zm), w pkt 25),
50. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz.776, z późn. zm.).

---

<sup>104</sup> Raport opracowała dr Halina Jarosz (I Klinika Neurologiczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa) na podstawie referatów i materiałów przygotowanych przez: Maria Barcikowska, Anna Członkowska, Tomasz Gabryelewicz, Anna Indulska, Marek Naruszewicz, Grzegorz Opala, Tadeusz Parnowski, Maria Pawińska-Proniewska, Małgorzata Radzikowska, Małgorzata Rószkiewicz, Barbara Witkowska, Tomasz Zdrojewski.

51. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. Nr 57 z 2001 poz. 602 z późn. zm.).
52. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz.U. z 1997r. Nr 116, poz. 750),
53. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1993 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.(Dz.U. z 1993r. Nr 9, poz. 45),
54. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania wykonywania zawodu pielęgniarstwa i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 52 poz.248 z późn. zm.),
55. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 czerwca 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarstwa i zawodu położnej oraz szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu lub ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych (Dz.U. Nr 73),
56. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111 poz. 1314),
57. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem technicznym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę i grupową praktykę pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 27 poz. 344),
58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 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 specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 197 poz. 1922),
59. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 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 specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 197 poz. 1922),

60. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 197 poz. 1923),
61. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej (Uchwała Nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9 grudnia 2003),

## STRESZCZENIE

Praca została ujęta w siedmiu działach, podsumowanych w Dyskusji i Wnioskach oraz zilustrowanych w aneksie.

W dziale 2 opisana została podbudowa teoretyczna modelu kompleksowej opieki długoterminowej, opartego na autorskiej koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, tj. społeczne uwarunkowania opieki długoterminowej, w tym zjawisko starzenia się społeczeństwa ukazane w statystycznych danych demograficznych oraz stan zdrowia społeczeństwa ukazany poprzez statystyczne dane epidemiologiczne. Analiza polskiego systemu wsparcia społecznego przeprowadzona w kontekście powyższych danych wskazuje na nieskuteczność działań podzielonych między dwa resorty: ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Obserwuje się coraz większą liczbę osób uzależnionych od opieki i rosnące kolejki oczekujących na objęcie stacjonarną opieką długoterminową, co potwierdza konieczność wprowadzenia zmian systemowych. W dziale tym dokonano także przeglądu wybranych teorii pielęgnowania. Ich elementy mają odniesienie do problematyki opieki długoterminowej, szczególnie do deficytu samoopieki, możliwości adaptacyjnych w sytuacji zmienionej chorobą i codziennej niezbędnej aktywności życiowej. Uwzględniono tu także problematykę zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Analizy potrzeb człowieka dokonano w oparciu o wybrane teorie potrzeb ludzkich, zwracając uwagę na ich kategoryzację, spostrzeganie i rozwiązanie problemów oraz towarzyszące temu procesy motywacyjne i emocje.

W dziale 3 opisano założenia, cele pracy i hipotezę badawczą. Nadrzędnym celem pracy była ocena efektywności modelu kompleksowej opieki długoterminowej opartego na pielęgnacji kompensacyjnej, w odniesieniu do stanu zdrowia i sprawności osób przewlekle chorych w zaspokajaniu ich potrzeb funkcjonalnych i zdrowotnych.

Dział 4 obejmuje problematykę procesu badawczego, materiału, metod i przebiegu badań dotyczącym materiału i metod badawczych. Zawarty tu został schemat całego badania, a także wzory arkuszy kodowych.

W Działach 5 i 6 zostały przedstawione wyniki badań, ich analiza i podsumowanie:

Badania I - którego celem było uzyskanie informacji o stanie zdrowia i sprawności przeciętnego klienta opieki długoterminowej. Uzyskane wyniki wskazują na poziom zapotrzebowania na profesjonalną opiekę oraz wytyczają niezbędny zakres kształcenia i kompetencji opiekuna medycznego.

Badania II - którego celem było zbadanie efektywności pielęgnacji kompensacyjnej poprzez porównanie 2 grup badawczych: pacjentów objętych opieką stacjonarną, gdzie pielęgnacja podstawowa była realizowana przez opiekunów medycznych z zastosowaniem pielęgnacji kompensacyjnej oraz pacjentów w opiece domowej gdzie pielęgnacja podstawowa była realizowana przez członków rodziny (grupa kontrolna). Kryterium porównawcze stanowiły parametry dotyczące stanu pacjenta w dniu przyjęcia do opieki oraz w dniu wypisu. Obie grupy badawcze były objęte opieką pielęgniarską obejmującą wykonywanie zleceń lekarskich i innych zabiegów leczniczych zastrzeżonych do kompetencji pielęgniarek, które w procesie badawczym pełniły rolę obserwatorów.

W Dziale 7 został opisany model kompleksowej opieki długoterminowej.

Dział 8 zawiera dyskusję odnoszącą się do uwarunkowań w jakich powstał i funkcjonował model badawczy, a w Dziale 9 autorka zawarła wnioski na temat wytyczonych celów badawczych. Wnioski potwierdzają trafność wytyczonych celów jak również hipotezy badawczej, w kontekście korzyści społecznych jakie powstały w związku z prowadzeniem badań. Autorka w oparciu o badania własne przeprowadzone na specjalnie do tego celu zbudowanym modelu kompleksowej opieki długoterminowej, opartym na autorskiej koncepcji pielęgnacji, zaproponowała konkretne, zweryfikowane w praktyce rozwiązania, możliwe do zastosowania w procesie poprawy opieki długoterminowej w Polsce.

W ANEKSIE zawarto opis i dokumentację zdjęciową istotnych elementów modelu badawczego. Są to arkusze obserwacyjne oraz wzory dokumentacji, które były wykorzystywane przy prowadzeniu obserwacji. Zebrane w nich dane wprowadzono do arkuszy kodowych, będących podstawą tworzenia komputerowej bazy danych. Ponadto w Aneksie zamieszczone są materiały, które obrazują model badawczy jako miejsce profesjonalnej pielęgnacji. Jest to dokumentacja zdjęciowa modułu pielęgnacyjnego i sprzętu pielęgnacyjnego oraz standardy pielęgnacyjne i dokumentacja medyczna stosowane przez pielęgniarki i opiekunów medycznych w pielęgnowaniu chorych, wpisujące się w formułę kompleksowej opieki długoterminowej.

Słowa kluczowe pracy to: niepełnosprawność, niesamodzielność, codzienne potrzeby ludzkie, opieka długoterminowa, pielęgnacja kompensacyjna, opiekun medyczny, standaryzacja i jakość świadczeń.

## **The comprehensive model of long-term nursing care**

### **ABSTRACT**

#### **Aim**

Assessment of a model for comprehensive long-term care based on compensative nursing, in relation to the health and well-being of long-term patients and the fulfilment of their health and everyday functioning needs.

This work is divided into seven chapters, followed by a Discussion, Conclusions and an Appendix.

Part two deals with the theoretical background to the new comprehensive model of long-term care, based on the author's 'compensative' concept of nursing. The social circumstances of long-term care are referred to, including demography and epidemiology, which strongly influence the requirement for long-term care. The approach to long-term care in the European Union and Poland is also reviewed. This part also outlines general regulations governing the functioning of the Polish social support system in the area of social provision for disability; analysis of this support system carried out in the context of demography and epidemiology indicates inefficiencies in activities shared by two departments: health and welfare. This part also includes a review of nursing theories and a systematic outline of everyday needs for patients requiring long-term care; the fulfilment of these needs has been applied to the new concept of nursing, and is directed mainly at medical caregivers.

Part three covers the assumptions and the purpose of this study, as well as research hypotheses derived from theories discussed in part seven. It is shown that the health and well-being of most patients under compensative nursing improved considerably, and that the new comprehensive care system enabled this effect to be maintained.

Part four covers the research material and method, the whole research scheme being included in this part. The research paradigm and problem are described and the hypothesis raised. The concept and operation of the research process are presented, including the research tools and techniques used for observation of the research model.

The results and analysis are given in parts five and six, including:

Research I - aimed at establishing a statistical image of those in need of long-term care and their mental and physical condition; such information is indispensable in selecting the range of training necessary for medical caregivers.

Research II - a study of the efficiency of compensative nursing, comparing two research groups: hospitalized patients where compensative nursing was applied, and patients under home care where compensative nursing was not applied (control group). The comparative criteria were the patient's condition on the day of admission and on the day of discharge.

Part seven describes the concept of compensative nursing as an important component in the comprehensive model of long-term care. This chapter includes the description of the research model, the essential elements of which are shown in detail in the Appendix.

Part eight presents the research findings and discussion. In the seven years since this new model was introduced the results of the research have been used in the formulation of bills before Parliament in relation to National Insurance funds specifically for social nursing and financing the care and nursing of the long-term disabled. Our standards and procedures in the field of long-term care have been verified in practice and approved of by other long-term care units operating in Poland.

Part 9 is the Conclusion.

The Appendix includes examples of observation sheets and documentation, including data entered into code sheets; these code sheets were the basic elements of the computer database. Also to be found here is the documentation which gives an essential overview of the comprehensive long-term care research model, including photographs and descriptions of nursing modules and nursing equipment. Nursing standards and examples of medical documentation used in the comprehensive long-term care model are also included here.

Key words: disability, dependence, long-term care, human everyday needs, compensative nursing, medical caregiver, standardization, quality of services



## **ANEKS**

**Materiały uzupełniające do opisu modelu badawczego**

**pod nazwą**

**„Kompleksowa opieka długoterminowa”**

## Spis treści

### I. Standardy Opieki

|  |     |
|--|-----|
| 1. Standard dokumentowania .....   | 244 |
| 2. Standard pielęgnowania osób z nietrzymaniem moczu .....                       | 250 |
| 3. Standard komunikowania się .....  | 266 |
| 4. Standard profilaktyki i leczenia odleżyn .....                                | 270 |
| 5. Standard podnoszenia i przemieszczania pacjentów .....                        | 275 |
| 6. Standard rehabilitacji i usprawniania .....                                   | 285 |
| 7. Standard ustalania norm zatrudnienia .....                                    | 292 |
| 8. Standard pielęgnowania osoby umierającej i postępowania po jej zgonie .....   | 299 |
| 8. Standard terapii zajęciowej .....   | 305 |
| 10. Standard podstawowej pielęgnacji .....                                       | 308 |
| 11. Zasady działania wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego ..... | 314 |

### II. Dokumentacja zdjęciowa warunków realizacji pielęgnacji kompensacyjnej . 317

Dział obsługi klienta – Fot. Nr 1

Wyposażenie aneksu sanitarnego – Fot. Nr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Sala Chorych – Fot. Nr 9, 10, 11, 12

Aneks wypoczynkowy – Fot. Nr 13, 14

Magazyn materiałów pielęgnacyjnych i sprzętu wspomagającego – Fot. Nr 15, 16, 18

Przemieszczanie pacjenta przy pomocy podnośnika – Fot. Nr 17

Sala do ergoterapii – Fot. Nr 19

Sprzęt do ergoterapii – Fot. Nr 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

### **III. Arkusze obserwacyjne zastosowane w modelu badawczym**

|  |     |
|--|-----|
| <b>3.1. Arkusze wypełniane przez pielęgniarki</b> .....                          | 329 |
| Wywiad pielęgniarski .....   | 330 |
| Karta kwalifikacji pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową ..... | 331 |
| Karta oceny ryzyka wystąpienia odleżyn .....                                     | 332 |
| <b>3.2. Arkusze wypełniane przez terapeutów</b> .....                            | 333 |
| Indywidualna karta usprawniania, przed weryfikacją .....                         | 334 |
| Indywidualna karta usprawniania, po weryfikacji .....                            | 335 |
| Karta psychologa .....   | 336 |
| Karta logopedy .....   | 337 |
| <b>3.3. Arkusze wypełniane przez opiekuna medycznego</b> .....                   | 338 |
| Wywiad opiekuna medycznego .....   | 339 |
| Zasady stosowania Skali <i>Barthel</i> .....                                     | 340 |
| Diagnoza potrzeb .....   | 346 |
| Karta do obliczania czasu pracy .....  | 347 |
| Plan pielęgnowania .....   | 348 |
| Karta zmiany pozycji ciała .....   | 349 |

## **I. Standard dokumentowania**

### **GRUPA B: Standardy opieki**

**STANDARD:** Nr B / I / 6

**TEMAT:** **Opieka długoterminowa**

**PODTEMAT:** **Dokumentowanie świadczeń**

**DOTYCZY:** pracowników medycznych oraz personelu opiekuńczego Centrum,

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001 / 25 grudnia 2003

#### **DEKLARACJA STANDARDU:**

Poprzez bieżące wypełnianie dokumentacji medycznej dążymy do precyzyjnego monitorowania realizowanych w zakładzie świadczeń zdrowotnych w celu utrzymania systematycznej, kompleksowej pracy zespołu terapeutycznego ukierunkowanej na osiągnięcie założonego celu.

#### W tym celu:

1. Ustalamy wzór dokumentacji medycznej obowiązującej w zakładzie, stanowiący załącznik do niniejszego standardu.
2. Szkolimy personel medyczny w zakresie prawidłowego wypełniania dokumentacji.
3. Prowadzimy analizę sposobu dokumentowania działań medycznych w aspekcie jego prawidłowości i odpowiedniości.

#### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. W zakładzie obowiązuje dokumentacja medyczna zgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2001r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. 01.88.966 z dnia 27.08.2001r.). Stosowana dokumentacja spełnia także wymogi Kas Chorych / Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. W skład zewnętrznej indywidualnej dokumentacji medycznej w opiece stacjonarnej wchodzi:

- 1) dokumentacja przyjęcia pacjenta do zakładu:
- 2) zaświadczenie lekarskie,
- 3) wywiad pielęgniarski,
- 4) ocena stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel,
- 5) skierowanie od lekarza w książeczce RUM,
- 6) kopie kart informacyjnych z hospitalizacji,
- 7) aktualne wyniki badań wymagane przez zakład,
- 8) zgoda przyjęcia do zakładu wyrażona przez pacjenta / opiekuna na piśmie,
- 9) odcinek renty / emerytury lub decyzja ZUS / KRUS,
- 10) inna dokumentacja, a w szczególności:
  - a) skierowania na badania diagnostyczne, konsultacje lekarskie itp.
  - b) zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie itp.
  - c) karta wypisu pacjenta – karta zawierająca dane osobowe pacjenta, diagnozę lekarską i pielęgniarską, zastosowane działania pielęgnacyjne, lecznicze i terapeutyczne oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

3. W skład wewnętrznej indywidualnej dokumentacji medycznej w opiece stacjonarnej wchodzi:

- 1) dokumentacja pielęgniarska:
  - a) karta informacyjna w dniu rozpoczęcia i zakończenia opieki – syntetyczna karta zawierająca dane osobowe pacjenta, wywiad socjalny, diagnozę lekarską i pielęgniarską, ocenę stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel, informacje o stanie pacjenta i wymaganych zabiegach pielęgnacyjnych i leczniczych w chwili podjęcia i zakończenia opieki,
  - b) wywiad pielęgniarski z założonymi celami pielęgnowania (diagnoza pielęgniarska),
  - c) karta czynności pielęgnacyjnych z planem opieki, jego realizacją i oceną wyników podejmowanych działań,

d) karta zmiany pozycji ciała – karta zawierająca informacje o częstotliwości zmiany pozycji ciała u pacjenta długotrwale unieruchomionego,

e) karta oceny ryzyka i terapii odleżyn – karta zawierająca ocenę ryzyka rozwoju odleżyn wg skali Norton i podjęte działania leczniczo – terapeutyczne w przypadku wystąpienia odleżyn,

f) karta rejestracyjna zakażenia – karta zawierająca wywiad epidemiologiczny, informacje o tym, czy pacjent został przyjęty z zakażeniem, czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia u pacjenta, informacje o miejscu zakażenia, rozpoznaniu i podjętych działaniach leczniczych,

g) karta obserwacyjna - karta zawierająca informacje o pomiarach tętna, ciśnienia tętniczego, temperatury, poziomu cukru, kontroli wydalania i wyników bilansu płynów oraz stanie świadomości pacjenta,

2) dokumentacja lekarska:

a) karta badania przedmiotowego pacjenta - karta zawierająca informacje o stanie pacjenta w dniu przyjęcia wypełniana przez lekarza,

b) karta zleceń lekarskich - karta zawierająca informacje o rodzaju leków, formie ich podania, lekach podawanych w razie potrzeby oraz zleconych badaniach diagnostycznych,

c) karta konsultacji lekarskich – karta zawierająca wpisy wszystkich konsultacji lekarskich, które odbyły się podczas pobytu pacjenta w zakładzie, informacje o zleconych specjalistycznych konsultacjach lekarskich, badaniach diagnostycznych oraz przepisanych lekach,

3) dokumentacja z zakresu usprawniania i edukacji:

a) karta usprawniania – karta zawierająca zlecenia lekarskie z zakresu rehabilitacji, informacje o realizacji zleceń z zakresu usprawniania,

b) karta edukacji – karta zawierająca informacje dotyczące zakresu działań edukacyjnych realizowanych na rzecz pacjenta,

c) karta psychologa - karta zawierająca wpisy wszystkich spotkań z psychologiem, które odbyły się podczas pobytu pacjenta w zakładzie,

d) karta logopedy - karta zawierająca wpisy wszystkich zajęć z logopedą, które odbyły się podczas pobytu pacjenta w zakładzie,

4) w skład indywidualnej dokumentacji medycznej w opiece domowej wchodzi:

a) wywiad pielęgniarstwa z założonymi celami pielęgnowania (diagnoza pielęgniarstwa),

b) zgoda przyjęcia do zakładu wyrażona przez pacjenta / opiekuna na piśmie,

c) wniosek lekarski do objęcia pielęgniarstwą opieką domową,

d) ocena stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel,

e) karta czynności pielęgnacyjnych z planem opieki, jego realizacją i oceną wyników podejmowanych działań,

5) w skład dokumentacji medycznej zbiorczej wchodzi:

a) księga główna przyjęć i wypisów

b) rejestr komputerowy do celów statystycznych i rozliczeń z Kasą Chorych / NFZ,

c) lista osób oczekujących na przyjęcie aktualizowana 1 x w miesiącu.

4. Dane osobowe zbierane w dokumentacji medycznej spełniają warunki określone obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

5. Dokumentacja medyczna zawiera wszystkie dane określone ww. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA:**

1. Każdy pacjent objęty opieką w zakładzie ma swoją indywidualną dokumentację medyczną, która jest prowadzona na bieżąco.

2. Podczas zmiany dyżurów personelu wyjaśniane są wszelkie wątpliwości dotyczące zapisów w dokumentacji.

3. Każda czynność zaplanowana i wykonana na rzecz pacjenta jest parafowana przez osobę zlecającą i osobę wykonującą świadczenie.

4. Wszelkie zmiany zapisów w dokumentacji parafowane są podpisem personelu.

5. Zapisy w dokumentacji są czytelne i dokonywane niezmywalnym długopisem.

6. Za indywidualną dokumentację pacjenta odpowiedzialna jest pielęgniarka prowadząca sprawującą bezpośrednią opiekę nad danym pacjentem.
7. Zasady przechowywania dokumentacji medycznej w Zakładzie:
  - 1) dokumentacja medyczna pacjenta aktualnie przebywającego w Zakładzie przechowywana jest w szafce na dokumentację i zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych,
  - 2) dokumentacja medyczna podczas przechowywania jest zabezpieczona przed zniszczeniem,
  - 3) zakończona dokumentacja medyczna przechowywana jest w archiwum zakładu przez okres 20 lat lub 30 lat w przypadku zgonu pacjenta, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
  - 4) dokumentacja przechowywana w archiwum zakładu jest skatalogowana na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów,
  - 5) po upływie okresu archiwizowania dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczy,
  - 6) zbiory danych są sporządzane i przechowywane w komputerowych nośnikach informacji w celu dokonywania analiz istotnych dla działalności Zakładu.
8. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej w Centrum:
  - 1) dokumentacja indywidualna wewnętrzna może być udostępniona na wniosek pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego bądź osoby przez niego upoważnionej na miejscu w Zakładzie,
  - 2) dokumentacja indywidualna wewnętrzna pacjenta może być udostępniona na zewnątrz zakładu na podstawie decyzji dyrektora w przypadkach określonych prawem; powyższą dokumentację udostępnia się na zewnątrz w formie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez dyrektora Zakładu, wyciągów lub odpisów,
  - 3) kopie, wyciągi i odpisy sporządza się na koszt Zakładu,
  - 4) organ uprawniony może otrzymać oryginał dokumentacji za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
9. Personel zobowiązany jest do udziału w szkoleniach wewnątrzzakładowych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w Zakładzie.
10. Personel jest zobowiązany do przestrzegania Regulaminu Zakładu, postępowania zgodnie ze standardami oraz dokumentowania swojej działalności i czynności terapeutycznych zgodnie z załączonym wzorem dokumentacji.



11. Udostępnianie dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładzie na potrzeby działalności naukowo – badawczej następuje za zgodą dyrektora Zakładu i z zachowaniem przepisów ustawy o ochronie danych osobowych.

**KRYTERIA WYNIKU:**

1. Personel zna dokumentację medyczną stosowaną w zakładzie i wie jak ją wypełniać.
2. Pracownik ma poczucie osobistej odpowiedzialności za wpisy dokonywane w dokumentacji i rozumie celowość precyzyjnego odzwierciedlenia świadczonej opieki.
3. Pielęgniarka prowadząca w oparciu o prowadzoną dokumentację medyczną umie ocenić zgodność postępowania terapeutycznego z koncepcją pielęgnowania przyjętą w zakładzie.
4. Personel zna zasady przechowywania dokumentacji i jej udostępniania.

## **II. Standard pielęgnowania chorych z problemem nietrzymania moczu**

### **GRUPA B: Standardy opieki**

**STANDARD:** Nr B / I / 9

**TEMAT:** **Opieka długoterminowa**

**PODTEMAT:** **Pielęgnowanie chorych z problemem nietrzymania moczu i stolca**

**DOTYCZY:** **Pielęgniarki, opiekunki, fizjoterapeuci, terapeuci**

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 15. 03. 2003/  
15.04.2004/ 18.07.2006

### **OŚWIADCZENIE STANDARDOWE:**

Zapobiegamy skutkom nietrzymania moczu i stolca, a szczególnie zakażeniom układu moczowego oraz stanom zapalnym skóry w okolicach pośladków, krocza i podbrzusza. Skóra naszych pacjentów jest czysta, sucha i zabezpieczona przed maceracją a przykry zapach wyeliminowany do minimum. Dbamy o komfort psychiczny i fizyczny pacjenta.

### **KRYTERIA STRUKTURY**

#### **1. Personel:**

- 1) odpowiednia liczba pielęgniarek i opiekunek, minimalny przelicznik 0,8 etatu na pacjenta,
- 2) cykliczne szkolenie personelu zaangażowanego w pielęgnację chorych z nietrzymaniem moczu uwzględniające aktualny stan wiedzy medycznej oraz aktualną ofertę rynkową w zakresie sprzętu urologicznego materiałów pomocniczych, co najmniej raz w roku,
- 3) każdy członek zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, opiekunka) ma świadomość obowiązującego w Centrum standardu postępowania wobec osób mających problem nietrzymania moczu i stolca.
- 4) pielęgniarki i opiekunki posiadają wiedzę oraz umiejętności w zakresie pielęgnowania obłożnie chorych i osób niepełnosprawnych z problemem nietrzymania

moczu i stosowania sprzętu urologicznego oraz sanitarnych materiałów ochronnych i środków pomocniczych

5) Zakład posiada bazę danych o Stowarzyszeniach, poradniach i specjalistach zajmujących się problemem nietrzymania moczu.

## **2. Wyposażenie:**

1) ilość sprzętu urologicznego, materiałów medycznych, sanitarnych i środków pomocniczych (np. pieluchomajtki), którą posiada zakład, jest adekwatna do liczby chorych i ich potrzeb.

2) stosujemy jednorazowy sprzęt urologiczny, w szczególności :

a) cewniki wewnętrzne: Foley, Nelaton

b) cewniki zewnętrzne (system jednoczęściowy i dwuczęściowy):

samoprzylepne, bezlateksowe

samoprzylepne lateksowe i z paskiem mocującym

c) worki do zbiórki moczu mocowane do łóżka (wózka) oraz do noszenia na nodze

d) worek urostomijny,

e) zbiorniki do dobowej zbiórki moczu,

f) kaczki ze sztucznego tworzywa, baseny ze stali nierdzewnej i ze sztucznego tworzywa, krzesła sanitarne,

3) środki ochronne i preparaty farmaceutyczne do miejscowego stosowania, w tym:

a) żele myjąco-odkażające,

b) opatrunki ochronne,

c) preparaty (np. pasty i kremy) ochronne,

4) jednorazowe materiały sanitarno - higieniczne i środki pomocnicze, w tym:

a) wkładki urologiczne dla kobiet – 3 rozmiary,

b) wkładki urologiczne dla mężczyzn tzw. kieszonki prąciowe 2 rozmiary,

c) pieluchy anatomiczne chłonnae,

d) pieluchomajtki dla osób dorosłych – 3 rozmiary,

e) podkłady higieniczne, także wielorazowego użytku,

f) podkłady chłonnae,

g) majtki z elastycznej siatki do podtrzymywania wkładek urologicznych i pieluch anatomicznych.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Pacjentom Centrum, na zlecenie lekarza, zapewniamy konsultację urologiczną.

2. Każdy pacjent z problemem nietrzymania moczu i stolca oraz jego rodzina (opiekun) są edukowani w zakresie pielęgnacji.

3. U każdego pacjenta bezwiednie oddającego mocz i stolec:

a) określamy czynniki przyczynowe i zapoznajemy się z dokumentacją lub aktualnymi wynikami badań oraz zleceniami lekarskimi odnośnie układu moczowego i pokarmowego,

b) opracowujemy indywidualny plan postępowania i pielęgnacji, zgodnie z procedurami postępowania w poszczególnych stopniach nietrzymania moczu, stanowiącymi załącznik do niniejszego standardu,

c) zapewniamy, na zlecenie lekarza Centrum, wykonanie podstawowych badań w tym ogólne badanie moczu, posiew moczu, jonogram, mocznik, kreatynina,

d) stosujemy nowoczesne preparaty, materiały i opatrunki ochronne zapobiegające maceracji i uszkodzeniom skóry,

e) kategoryzujemy potrzeby chorego i zapewniamy odpowiedni sprzęt urologiczny oraz materiały sanitarno – higieniczne i środki pomocnicze,

f) dokumentujemy nasze postępowanie i analizujemy dane w celu poprawy skuteczności działania,

g) w zależności od skali problemu:

- nietrzymanie moczu oznaczamy znakiem jednej, dwóch lub trzech dużych, wyraźnych niebieskich kropek, zależnie od stopnia natężenia,

- nietrzymanie stolca oznaczamy znakiem jednej dużej, wyraźnej czarnej kropki,

Znaki te umieszczamy w dokumentacji w miejscach przeznaczonych na informację o wydalaniu.

f) podtrzymujemy aktywność pacjentów w zakresie zgłaszania potrzeb fizjologicznych i korzystania z toalety lub krzesła sanitarnego, mimo zakładanych pieluchomajtek, które traktujemy jako zabezpieczenie a nie zbiorniki na wydalany mocz,

g) tylko w wyjątkowych okolicznościach, uzasadnionych bezwzględными wskazaniami medycznymi stosujemy podkładanie basenów w łóżku i zakładanie cewników wewnętrznych w celu ochrony skóry przed maceracją.

h) zasadą ogólną jest, że pacjent wydalą w miejscu do tego przeznaczonym, w pozycji siedzącej, z zachowaniem intymności i dyskrecji, odstępstwa od tej zasady muszą wynikać ze stanu zdrowia pacjenta.

### **Pielęgniarka**

1) W czasie pierwszych dwóch godzin pobytu pacjenta w zakładzie ocenia stan ogólny pacjenta, stan psychiczny, sprawność oraz kontakt z pacjentem. Następnie ocenia stopień nietrzymania moczu (ilość moczu oddawanego mimowolnie) i stan skóry w okolicach pośladków, krocza i podbrzusza. Odnotowuje zauważone zmiany, ich rozmiar, a w przypadku odleżyn stopień oraz ich usytuowanie, zapoznaje się z diagnozą lekarską o przyczynie nietrzymania moczu i informacją o dolegliwościach ze strony układu moczowego oraz ewentualnymi zaleceniami lekarskimi.

2) jeżeli chory ma problem z tzw. wysiłkowym nietrzymaniem moczu, pielęgniarka stopniuje go oceniając na podstawie objawów klinicznych, według zasady:

**I stopień:** nietrzymanie moczu spowodowane nagłym wzrostem ciśnienia w jamie brzusznej (np. w trakcie kaszlu, kichnięcia, podnoszenia ciężkich przedmiotów),

**II stopień:** nietrzymanie moczu podczas wykonywania codziennych czynności (chodzenie, zmiana pozycji ciała, przeciętny wysiłek fizyczny),

**III stopień:** stały wyciek moczu, niezależnie od pozycji ciała i aktywności ruchowej,

W zależności od nasilenia nietrzymania moczu oznacza dokumentację zgodnie z podziałem na stopnie I, II, III . Wyraźny znak jednej, dwóch lub trzech niebieskich kropli jest umieszczany na dokumentacji w miejscach przeznaczonych na wpisy dotyczące wydalania.

3) Gdy w trakcie wywiadu, w związku z przyjęciem do Centrum, nie można ustalić ilości konsumowanych przez pacjenta płynów i wydalonego moczu, pielęgniarka zaleca 3-dniową obserwację i odnotowuje to w dokumentacji pacjenta.

Przyjmujemy założenia:

- a) pacjent z normalną temperaturą ciała powinien przyjąć około 2 litrów dziennie a ilość moczu oddana w tym czasie powinna wynieść 0,5-1,0 litra (bez podawania środków moczopędnych),
- b) około 80% naszych pacjentów nie potrafi określić ilości konsumowanych płynów, w związku z tym pielęgniarka prowadzi bilans wodny i odnotowuje wyniki na karcie obserwacji.

Obowiązujące postępowanie:

- a) w przypadku niedostatecznej ilości przyjętych płynów tj. mniej niż 1500 ml w ciągu 1-2 dni, pielęgniarka bada przyczynę i motywuje pacjenta do przyjmowania większej ilości płynów, zwraca szczególną uwagę na właściwą ilość podawanych płynów.
- b) w przypadku przyjmowania płynów w ilości mniejszej niż 1200 ml, gdy ilość oddawanego moczu jest mniejsza niż 0,5 litra, konsultuje z lekarzem konieczność wprowadzenia nawadniania dożylnego,
- c) jeżeli pacjentowi podaje środki moczopędne, ocenia stan odwodnienia po napięciu tkankowym skóry i ilości spożywanych płynów, (napięcie tkankowe skóry jest słabe jeżeli po jej ściśnięciu powstały fałd skórny natychmiast nie opada).
- 4) Prowadząc bilans wodny, pielęgniarka jednocześnie zwraca uwagę jak często są mikcje, jaka jest ich objętość, ile było epizodów mimowolnego oddania moczu, w jakich okolicznościach dochodzi do nietrzymania moczu: kaszel, kichnięcie, śmiech, wysiłek fizyczny, zmiana pozycji ciała, pojawienie się czucia naglącego parcia. Pielęgniarka jest obowiązana do przeszkolenia i nadzorowania pracy opiekunek, w zakresie obserwacji objawów towarzyszących nietrzymaniu moczu i przekazywania informacji pielęgniarce.
- 5) W celu ilościowej oceny nietrzymania moczu, u pacjentów nie stosujących sprzętu urologicznego, stosujemy test pieluchowy zalecany przez Komitet Standaryzacji ICS:

Czas trwania testu 60 minut,

Test rozpoczyna się od zważenia podpaski lub pieluchomajtek przed założeniem. Po założeniu pieluchomajtek lub podpaski pacjent powinien w ciągu 15 minut wypić 500 ml wody, herbaty itp. Następnie przez pół godziny wykonywać zwykłe codzienne czynności np. chodzenie, wchodzenie i schodzenie ze schodów.

Przez ostatnie 15 minut testu, należy zwiększyć aktywność fizyczną pacjenta poprzez:

- siadanie i wstawanie z krzesła - dziesięć razy,
- silny kaszel - dziesięć razy,
- podnoszenie niewielkiego przedmiotu z podłogi (np. długopisu) – dziesięć razy,
- mycie rąk w bieżącej wodzie.

Na zakończenie testu należy ponownie zważyć wyjęte pieluchomajtki lub podpaskę i ocenić różnicę ciężaru.

Ocena wyniku testu, jeżeli różnica wagi pieluchomajtek lub podpaski wynosi:

- mniej niż 2 g - wynik prawidłowy,
- 2 g - 10 g - nietrzymanie moczu lekkiego stopnia,
- 10 g - 50 g - nietrzymanie moczu średniego stopnia,
- powyżej 50 g - nietrzymanie moczu znacznego stopnia.

6) w oparciu o zabrane informacje, pielęgniarka kategoryzuje potrzeby chorego w aspekcie możliwości ich realizacji w Centrum,

7) opracowuje plan postępowania biorąc pod uwagę wszystkie dolegliwości, jakie chory odczuwa oraz zalecenia zawarte w kartach informacyjnych czy dokumentacji medycznej jaką chory posiada, i przedstawia plan do akceptacji na posiedzeniu zespołu terapeutycznego,

8) w planie postępowania uwzględnia się: zalecenia lekarskie, rodzaj i ilość potrzebnego wyposażenia w sprzęt urologiczny oraz niezbędne do pielęgnacji środki ochronne oraz materiały sanitarne- higieniczne i środki pomocnicze,

9) przestrzega regularnej wymiany zużytego sprzętu i materiałów, zgodnie z obowiązującym w Centrum standardem podstawowej pielęgnacji.

10) obserwuje zachowanie pacjenta pod kątem jego stanu psychicznego i aktywności w aspekcie współdziałania w pielęgnacji, kreuje sytuację sprzyjającą zwiększaniu samodzielności pacjenta, stymuluje jego aktywność i dbałość o własne zdrowie,

11) nadzoruje pracę opiekunek w zakresie podstawowej pielęgnacji i przynajmniej raz dziennie ogląda skórę pacjenta, zwraca uwagę, żeby skóra nie była przesuszona lub wilgotna, pacjentowi zaleca taki środek zapobiegawczy, spośród dostępnych

w zakładzie, jaki w jego przypadku jest najlepszy, jeżeli okolice odbytu i cewki moczowej są zaczerwienione i zmacerowane zleca opatrunki ochronne,

12) pielęgnuje pacjenta zgodnie z ustalonym planem i uczy współpracujący z nią personel oraz pacjenta (jego rodzinę, opiekuna) czynności niezbędnych do realizacji planu opieki,

13) analizuje wymierne wskazówki o zmianach w stanie psychicznym i fizykalnym pacjenta, które mają wpływ na wynik postępowania,

14) prowadzi i przegląda dokumentację przeprowadzonych czynności profilaktycznych i okresowo ocenia skuteczność podjętych zadań,

## **KRYTERIA WYNIKU**

### **1. Pacjent:**

1) ma czystą, suchą i nieuszkodzoną skórę oraz wyeliminowany do minimum przykry zapach moczu,

2) jego funkcje życiowe nie są ograniczone z powodu nietrzymania moczu, stolca,

3) wie jak stosować polecany mu sprzęt urologiczny, urostomijny, stomijny, środki pomocnicze i ochronne,

4) wie, co robić, by sobie pomóc i jak współpracować z personelem medycznym w zakresie postępowania w stanach nietrzymania moczu, stolca,

5) rozumie ważność szybkiego reagowania na zmiany w swym stanie zdrowia, które mogą skutkować wystąpieniem powikłań, a także konieczność okresowej kontroli prowadzonej przez pielęgniarkę,

6) jest w stanie pouczyć inne osoby, jak mogą mu pomóc we właściwej pielęgnacji .

### **2. Pacjent, jego rodzina lub opiekun:**

1) są przeszkoleni w zakresie obsługi sprzętu urologicznego, stomijnego oraz środków ochronnych i higienicznych z którego korzystają,

2) potrafią posługiwać się sprzętem umożliwiającym pacjentowi wykonywanie czynności fizjologicznych i higienicznych, czują się pewnie przy ich wykonywaniu,

3) co najmniej na 48 godzin przed wypisaniem z Centrum są poinformowani, w jaki sposób mogą w warunkach domowych prowadzić właściwą pielęgnację i gdzie mogą zgłaszać wystąpienie niepokojących objawów,



4) są poinformowani o obowiązujących przepisach dotyczących refundacji i możliwości zaopatrzenia się w sprzęt,

5) przy wypisie do domu, otrzymuje kartę informacyjną o zastosowanej pielęgnacji i jej wynikach wraz ze wskazówkami dla opiekuna,

### **3. U pacjentów**

1) z bezwiednym oddawaniem moczu nie wystąpiły uszkodzenia skóry,

2) u pacjentów, przyjętych do Centrum, ze zmianami na skórze osiągnięto znaczne lub całkowite ich wygojenie.

**4. Pracownicy** Centrum wiedzą jak zapobiegać uszkodzeniom skóry powstającym w wyniku drażniącego działania moczu i podtrzymują aktywność pacjentów w zakresie zgłaszania potrzeb fizjologicznych i samopielęgnacji.

## **PROCEDURA Nr 1 B / I / 9**

do standardu **Pielęgnowanie chorych z problemem nietrzymania moczu i stolca**

**ZAKRES : Postępowanie w poszczególnych stopniach nietrzymania moczu**

**DOTYCZY:** Pielęgniarki, opiekunki,

**PROCEDURĘ USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 1. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA:** 15.09.2001/ 07.05.2003r. / 29. 10. 2006

### **Stopień I**

Sporadyczne, mimowolne popuszczanie moczu w niewielkich ilościach np. u kobiet przy wysiłku fizycznym a u mężczyzn w przypadku niestabilności wypieracza spowodowanej przerostem gruczołu krokowego (tzw. pęcherz przeszkodowy ale jeszcze bez zalegania moczu w pęcherzu po mikcji), zwane moczeniem paradoksalnym i w stanach po operacji przerostu gruczołu krokowego:

## **Postępowanie:**

### **1. Utrzymanie higieny**

- 1) umożliwiamy pacjentowi częste regularne oddawanie moczu i nie dopuszczamy do nadmiernego przepełniania pęcherza,
- 2) dokumentację pacjenta (karta informacyjna, wywiad) oznaczamy rysunkiem jednej niebieskiej kropli.
- 3) stosujemy normalne zabiegi higieniczne, zgodnie ze standardem podstawowej pielęgnacji. Jeżeli skóra jest wilgotna myjemy ją i osuszamy każdorazowo przy zmianie cewnika zewnętrznego, wkładki urologicznej lub pieluchomajtek. Do mycia używamy miękkiej myjki.

### **2. Środki sanitarno – higieniczne i pomocnicze**

- 1) dla mężczyzn wkładki urologiczne (torebka na prącie).

Kształtem są dopasowane do kształtu narządów płciowych mężczyzny. Ich używanie nie ogranicza swobody w codziennych czynnościach - są niewidoczne i nie wpływają na wygląd zewnętrzny. Prosty sposób użytkowania - samoprzylepne paski mocowane do slipów utrzymują wkładkę na właściwym miejscu, w razie potrzeby stosujemy je wraz ze specjalnie do tego przeznaczonymi siatkowymi elastycznymi majtkami. Dobieramy odpowiednią wielkość. Zmiana wkładki powinna być wykonana 1-3 razy dziennie i w razie odczucia, że zbiorniczek jest pełen.

- 2) dla kobiet podpaski urologiczne.

Mocujemy je paskiem kleju do bielizny, podobnie jak wkładki menstruacyjne. W razie potrzeby używamy je ze specjalnymi siatkowymi majtkami. Stosujemy podpaski zawierające superwłóknisty materiał, który utrzymuje moczkę głęboko w podpasce (najlepsze są te w których moczkę przekształca się w żel), pozwala to uniknąć przeciekania, nawet gdy podpaska ulega naciskowi w czasie używania. Odpowiednio częsta zmiana podpasek zapobiega występowaniu nieprzyjemnego zapachu. Dobieramy odpowiedni rozmiar.

- 3) żele do higieny intymnej, używamy preparatów należących do pacjenta,
- 4) mydło w płynie
- 5) talk w żelu, używamy preparatów pielęgnacyjnych należących do pacjenta

## Stopień II

Mimowolne oddawanie moczu, średnio nasilone, np. u kobiet przy wysiłkach fizycznych ale także spowodowane kaszlem, kichnięciem. U mężczyzn nietrzymanie moczu spowodowane przepełnieniem pęcherza np. faza dekompensacji pęcherza spowodowana długo utrzymującą się przeszkodą podpęcherzową i prowadząca do zalegania moczu w pęcherzu po mikcji, powyżej 100 ml.

### Postępowanie:

#### 1. Utrzymanie higieny

- 1) dokumentację pacjenta oznaczamy rysunkiem dwóch niebieskich kropli,
- 2) stosujemy normalne zabiegi higieniczne, tj. co najmniej dwukrotne w ciągu doby podmywanie się ciepłą wodą i zwykłym mydłem. Jeżeli skóra jest wilgotna myjemy ją i osuszamy każdorazowo przy zmianie cewnika, wkładki urologicznej lub pieluchomajtek. Do mycia używamy miękkiej myjki,

#### 2. Środki sanitarno – higieniczne, pomocnicze i sprzęt urologiczny

- 1) U mężczyzn , z zaleganiem moczu w pęcherzu po mikcji, **na zlecenie lekarza**, w celu zapewnienia swobodnego odpływu moczu z pęcherza pielęgniarka zakłada cewnik do pęcherza moczowego.
- 2) Przy zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego pamiętać należy, że:
  - a) wszystkie cewniki niemetalowe są jednorazowego użytku, nawet po sterylizacji nie można ich użyć ponownie,
  - b) cewnik wprowadzamy w warunkach aseptycznych, po dwukrotnym obmyciu żołądźci środkiem dezynfekującym, np. wodnym roztworem 0,5% Hibitanu
  - c) cewnik wprowadzamy za pomocą jałowej pensety po uprzednim znieczuleniu cewki moczowej 2% żelem lignokainowym,
  - d) cewniki do jednorazowego cewnikowania stosujemy tylko na wyraźne polecenie lekarza, trudno jest zabezpieczyć je przed wypadnięciem więc po odprowadzeniu moczu cewnik usuwamy,
  - e) cewniki Foleya utrzymują się w pęcherzu moczowym dzięki balonikowi umieszczonemu na końcu cewnika; balonik wypełniamy po wprowadzeniu cewnika do pęcherza jałowym płynem przez kanał znajdujący się w ścianie cewnika,

f) u chorego z cewnikiem, dwukrotnie w ciągu doby, obmywamy żołądź, napletek i cewnik ciepłą wodą z mydłem.

g) okres utrzymania cewnika w pęcherzu zależy od rodzaju materiału z którego został wykonany cewnik i waha się od 10 dni do 6 tygodni. Po upływie tego okresu lub stwierdzeniu upośledzenia drożności cewnika, wymienić go na nowy. Cewniki z gumy, lateksu czy PCV nie powinny być dłużej w pęcherzu niż 4 - 6 dni natomiast cewniki z lateksu silikonowego ok. 21 dni. Cewniki ze 100% silikonu mogą być w pęcherzu nawet kilka miesięcy. Silikon jest najbardziej (ze znanych obecnie) neutralnym biologicznie materiałem. Dzięki bardzo zwartej i gładkiej strukturze ma minimalne właściwości inkrustacyjne. Używając cewników silikonowych zmniejszamy ryzyko zakażenia pęcherza moczowego na drodze wstępującej. Przy wyborze cewnika należy pamiętać, że guma, lateks czy PCV po kilku dniach mogą dać odczyn cewkowy (co nieuchronnie prowadzi do zwężeń cewki moczowej) oraz mają budowę sprzyjającą siewom bakteryjnym. Okres utrzymywania cewnika w pęcherzu wyznaczany jest również osadzaniem się kamienia na ściankach cewnika. Jeżeli firma poleca dany cewnik np. na 7 dni to bez względu na to, że cewnik ten nadal dobrze funkcjonuje, należy go wymienić. Zapobiega to bolesnemu zatrzymaniu moczu z powodu zatkania cewnika.

h) aby uniknąć zagęszczania moczu pacjent powinien wypić około 2 litrów płynów na dobę,

i) jałowość układu moczowego zapewnia zamknięty system zbierania moczu; nie stosujemy zatyczek do cewników i unikamy przepłukiwania w celu poprawienia ich drożności,

j) nie stosujemy cewników zbyt grubych, gdyż powstanie odczyn ze strony błony śluzowej cewki moczowej w postaci ropno-śluzowej wydzieliny. Zbyt gruby cewnik utrudnia odpływ wydzieliny i może dojść (u mężczyzn) do zapalenia tkanki okołocewkowej i ciał jamistych, a także do stanu zapalnego jądra i najądrza. Fizjologicznej średnicy cewki moczowej męskiej odpowiadają cewniki w rozmiarach 16 - 18 CH,

k) nie używamy siły przy wprowadzaniu cewnika ani nie forsujemy napotkanej przeszkody; pamiętamy, że nieostrożne cewnikowanie może spowodować uraz cewki moczowej a także pęcherza moczowego,

l) płukanie pęcherza stosujemy tylko w wyjątkowych przypadkach i zawsze na zlecenie lekarza. Do płukania stosujemy 0,25% roztwór Neomycyny lub 3% roztwór kwasu bornego,

ł) przy wymianie cewnika, na zlecenie lekarza, pobieramy mocz na posiew i badanie ogólne.

3. Stosujemy środki pomocnicze:

1) **u kobiet:**

a) pieluchy o kształcie anatomicznym; mogą być stosowane ze specjalnymi dla podtrzymania pieluch siatkowymi elastycznymi majtkami.

b) duże podpaski urologiczne, mogą być stosowane wraz ze specjalnymi, siatkowymi, elastycznymi majtkami co daje poczucie bezpieczeństwa i swobody.

2) **u mężczyzn:**

a) pieluchy o kształcie anatomicznym; mogą być stosowane ze specjalnymi dla podtrzymania pieluch siatkowymi elastycznymi majtkami,

3) zabezpieczenie bielizny pościelowej:

a) Stosujemy jednorazowe podkłady chłonne i podkłady higieniczne, ich zewnętrzną warstwę stanowi włóknina sanitarna, zastosowana folia zapobiega przemakaniu, wewnątrz najczęściej jest z masy celulozowej lub regenerowanej waty bawełnianej. Mają zróżnicowane rozmiary.

b) Stosujemy wielorazowego użytku podkłady tzw. niemieckie, są z pikowanej bawełny, chronią prześcieradło ale jednocześnie ułatwiają zmianę pozycji ciała pacjenta unieruchomionego.

**!!! nie stosować** podkładów gumowych, folii i ligniny.

**3. Sprzęt urologiczny:**

1) cewniki zewnętrzne (uridomy). Można stosować samoprzylepne lub z paskiem mocującym. Są dostosowane do połączenia z workiem na mocz.

U wielu pacjentów z pęcherzem neurogennym i u pacjentów po licznych operacjach stwierdzono reakcję alergiczną na lateks. Dlatego należy zadać pacjentowi pytanie czy jest uczulony na lateks, jeżeli tak to bezwzględnie stosować cewniki zewnętrzne bezlateksowe.

!!! Należy co najmniej raz dziennie sprawdzać czy uridom jest dobrze umocowany i przy zmianie sprawdzać stan skóry członka i moszny.

2) cewniki do jednorazowego cewnikowania:

a) cewnik Nelatona służy do jednorazowego odprowadzenia moczu. Jest zamknięty półkolisto, z jednym bocznym otworem na końcu. Wykonany jest z gumy lub miękkich mas plastycznych.

b) cewnik Tiemanna. używany u mężczyzn z powiększonym gruczołem sterczowym lub ze zwężoną cewką moczową. Ma on zgiętą końcówkę i stożkowate zakończenie,

3) cewniki samoutrzymujące się: w różnych rozmiarach cewnik Foleya, ma taki kształt i materiał jak cewnik Nelatona plus balon,

4) do zbierania moczu używamy worka, który:

- jest wykonany z lekkich materiałów,

- jest miękki, tylną ściankę ma wykonaną z miękkiego nietkanego materiału, który w przypadku mocowania worka na nodze pozwala skórze oddychać,

- ma odpowiedniej długości dren wykonany z materiału zapobiegającemu jego zaginaniu i skręcaniu się,

- ma zawór uniemożliwiający cofanie się moczu do drenu.

- ma możliwość do mocowania na nodze pacjenta,

- ma bezpieczny zawór wylotowy, dostosowany do stosowania w kompletnych systemach z cewnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

!!! Worki na mocz powinny być zawsze umieszczane poniżej poziomu spojenia łonowego (jeżeli nie posiadają zaworu zwrotnego), aby nie dopuszczać do cofania się moczu z worka.

### **Stopień III:**

**Duży problem z nietrzymaniem moczu**, u kobiet spoczynkowe nietrzymanie moczu, czyli stały wyciek moczu nawet w pozycji leżącej a u mężczyzn całkowite nietrzymanie moczu

#### **1. Postępowanie:**

1) Dokumentację pacjenta oznaczamy rysunkiem trzech niebieskich kropli.

2) Stosujemy normalne zabiegi higieniczne, tj. co najmniej dwukrotne w ciągu doby podmywanie żelem do higieny intymnej i ciepłą wodą. Jeżeli skóra jest wilgotna myjemy ją i osuszamy każdorazowo przy zmianie cewnika, wkładki lub pieluchomajtek. Do mycia używać miękkiej myjki.

3) Stosujemy adekwatnie do potrzeb chorego materiały sanitarne, higieniczne oraz sprzęt urologiczny wskazany w niniejszym standardzie,

4) Przy zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego przestrzegamy zasad ustalonych w niniejszym standardzie,

## **2. Środki pomocnicze i higieniczne:**

1) Pieluchomajtki.

Należy dobrać odpowiedni rozmiar ( mają od 50 do 150 cm w pasie i różną chłonność od 850 do 1700 ml). Powinny mieć absorbującą wkładkę, właściwość utrzymania suchej powierzchni wkładki i możliwość utrzymywania na właściwym miejscu za pomocą taśm i przylepców. Należy zwracać uwagę, by brzegi pieluchy wokół nóg były elastyczne i ściśle do nich przylegały- zapobiega to przepuszczaniu wilgoci. Najlepsze są te, których powierzchnia stykająca się z ciałem jest wykonana z nienasiąkliwej włókniny, co pozwala na utrzymanie suchej skóry. Jeżeli to możliwe należy stosować pieluchy zawierające wskaźnik wilgotności, dzięki niemu łatwo określić, kiedy należy zmienić pieluchę - jest to istotne w pielęgnacji osób nieprzytomnych lub bez kontaktu.

2) Zabezpieczenie pościeli - patrz stopień 2

3) żele do higieny intymnej- patrz stopień 2

4) talk w żelu, stosujemy preparaty dostarczone przez pacjenta, ale tylko wtedy gdy spełniają wymogi standardu,

## **3. Sprzęt urologiczny - patrz stopień 2**

### **4. Inny sprzęt, niezbędny w pielęgnowaniu chorego z problemem nietrzymania moczu:**

1) pojemnik do dobowej zbiórki moczu, plastikowy, z podziałką, o pojemności co najmniej 2,5 l, ze stabilnym uchwytem do przenoszenia, powinien posiadać zamykany otwór ,

2) uniwersalna kaczka do zbierania moczu, tworzywo chemiczne obojętne, łatwa w myciu, sterylizacji i przechowywaniu, otwór wlewowy zamykany nakładką, może

być ustawiana bądź zawieszana na brzegu łóżka, uniwersalny uchwyt ułatwia samoobsługę, posiada skalę umożliwiającą obliczanie diurezy,

3) baseny wykonane ze sztucznej masy oraz ze stali nierdzewnej, w zależności od wskazań pielęgniarki,

5) krzesła sanitarne, wyposażone w kółka zabezpieczone hamulcami, może być stosowane przy łóżku chorego (w nocy, lub gdy są takie wskazania medyczne), normą jest przewożenie chorego na krzesle sanitarnym do toalety.

#### **IV. Pielęgnacja w urostomii**

##### **1. Postępowanie:**

1) Pielęgnacja skóry wokół stomii:

a) mycie skóry żelem do higieny intymnej i ciepłą wodą, używać miękkiej gazy lub myjki,

b) do oczyszczania skóry nie stosować spirytusu, eteru lub benzyny, środki te odłuszczają i przesuszają skórę i łatwo dochodzi do jej podrażnienia,

c) nie stosować różnego rodzaju kremów i maści gdyż może to zmniejszyć przyczepność sprzętu stomijnego,

d) sprzęt urostomijny zakłada się na dokładnie oczyszczonej skórę.

##### **2. Środki lecznicze i ochronne:**

1) lecznicze ochraniacze skóry w płynie, ułatwiające zmianę przylepca worka. Należy sprawdzić czy nie wywołują alergii.

2) materiały do ochrony skóry wokół stomii w tym:

a) płytki ochronne, pochłaniające wilgoć i zabezpieczające skórę przed podrażnieniami, są miękkie, cienkie, elastyczne, wykonane w różnych rozmiarach,

b) nie drażniący skóry przylepiec, który służy do zabezpieczenia stomii. Wyglądem przypomina elastyczne krążki,

c) pasta służąca do wyrównywania blizn, fałd, zmarszczeń i innych nierówności skóry wokół stomii. Ochronia skórę. Uszczelnia brzeg stomii i zapobiega przedostawaniu się moczu pod płytkę, wzmacniając jednocześnie siłę jej przylegania. Ma właściwości



uszczelniająco-gojące. W czasie wyciskania ma miękką konsystencję, co ułatwia jej formowanie a potem zastyga przyjmując stałą konsystencję. Przy jej stosowaniu płytka, do której jest mocowany worek urostomijny, utrzymuje się na skórze kilka dni dłużej,

d) zmywacz do delikatnego czyszczenia skóry. Odświeża i wygładza skórę nie wysuszając jej. W Centrum dostępny w płynie lub nasączonych chusteczkach,

e) kremy, łagodzące objawy suchości i bolesności skóry. Nie przepuszczają wody i zapobiegają rozmiękczeniu i podrażnieniom skóry,

f) ochronny spray, formujący drugą skórę, która oddziela skórę pacjenta od przylepca.

### **3. Sprzęt urostomijny**

Worki urostomijne:

a) powinny być zbudowane z wielowarstwowej folii, która eliminuje przykre zapachy

b) do mocowania stosować przylepce, które są cienką błoną hydrokoloidu dokładnie przylegającą do skóry. Mogą pozostać na skórze pacjenta do 6 dni, gdyż nie powodują odparzeń i uczuleń. Stanowią szczelną barierę dla podływającego moczu. Są szczególnie przydatne dla pacjentów aktywnych zawodowo. Rozciągliwość tego przylepca sprawdza się także u pacjentów u których wystąpiła przepuklina okołostomijna oraz w przypadku wystąpienia blizn i nierówności skóry znajdujących się blisko przetoki,

c) powinny być zaopatrzone w przeponę tj. zawór zwrotny zabezpieczający przed cofnięciem się moczu bez względu na pozycję ciała,

d) zabezpieczający szczelność worka spaw brzegów powinien być co najmniej podwójny,

e) powinien mieć zawór umożliwiający odprowadzenie nadmiaru moczu zebranego w worku oraz umożliwiający podłączenie go do tzw. zbiornika nocnego, co zapewnia pacjentowi spokojny sen.

### **III. Standard komunikowania się**

#### **GRUPA B: Standardy opieki**

**STANDARD:** Nr B / I / 3

**TEMAT:** Opieka długoterminowa

**PODTEMAT:** Komunikowanie się

**DOTYCZY:** Pracownicy zakładu

**STANDARD USTANOWIONO I WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 07.05.2003r.

#### **DEKLARACJA STANDARDU:**

Poprzez profesjonalne komunikowanie się dążymy do zdobycia wzajemnego zaufania i osiągnięcia maksymalnie dobrego kontaktu z pacjentem i jego rodziną w celu realizacji założonego celu pielęgnowania.

W tym celu:

1. Przestrzegamy zasady, że każdy ma prawo do decydowania o sobie, a człowiek jest na tyle wolny, na ile może panować nad swym życiem.
2. Pomagamy zgodnie z zasadami pielęgnacji kompensacyjnej, tak, aby pacjent mógł pomóc sam sobie.
3. Komunikujemy się odpowiednio do potrzeb holistycznej opieki długoterminowej.
4. Szkolimy personel z zakresu komunikowania się i nawiązywania kontaktu terapeutycznego z pacjentem i rodziną.
5. Zachowujemy spokój, pogodny wyraz twarzy, często uśmiechamy się do pacjentów, odwiedzających i współpracowników, swoją postawą manifestujemy gotowość do współpracy i udzielenia pomocy.

#### **KRYTERIA STRUKTURY:**

1. Wszyscy pracownicy zakładu, zwłaszcza członkowie zespołu terapeutycznego, posiadają podstawową wiedzę z zakresu komunikowania się, a w szczególności:  
- psychologii komunikacji interpersonalnej

- komunikacji werbalnej
- komunikacji niewerbalnej
- faz komunikacji
- błędów komunikacji, zwłaszcza błędów jatrogennych
- zachowań asertywnych
- zasad kontaktu terapeutycznego i nieterapeutycznego

2. Wszyscy pracownicy zakładu, zwłaszcza członkowie zespołu terapeutycznego, doskonałą umiejętności z zakresu komunikowania się, a w szczególności:

- umiejętność zachowania zgodności komunikacji werbalnej i niewerbalnej w kontaktach międzyludzkich
- umiejętność zachowywania się w sposób asertywny
- umiejętność wyrażania emocji w kontaktach z innymi ludźmi
- umiejętność eliminacji lub unikania błędów komunikacyjnych
- traktowanie pacjenta i jego rodziny jako partnerów,
- umiejętność oceny, przyjmowania uwag krytycznych i weryfikowania własnego postępowania

3. Centrum zapewnia warunki sprzyjające nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich i osiąganiu założonych celów pielęgnowania w pracy z pacjentem i jego rodziną, a także ułatwiające komunikację interpersonalną członkom zespołu terapeutycznego – aneksy wypoczynkowe, świetlica, sala konferencyjna, gabinet lekarski.

4. W Centrum znajduje się dostępna dla personelu fachowa literatura z zakresu komunikowania się.

5. W Centrum jest zatrudniony psycholog (psychoterapeuta), który pomaga pracownikom zakładu i pacjentom w rozwiązywaniu problemów interpersonalnych.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA:**

1. Pacjent jest przyjmowany do zakładu przez pielęgniarkę - kierownika świadczeń zdrowotnych, która udziela kompleksowych informacji dotyczących pobytu w Centrum i przedstawia choremu pielęgniarkę, która będzie jego pielęgniarką prowadzącą.

2. Pielęgniarka ustala najwłaściwszy sposób komunikacji z pacjentem umożliwiającą udzielenie mu skutecznej pomocy.

3. Aby osiągnąć założony cel pielęgnowania w opiece nad pacjentem relacja pielęgniarka – pacjent przebiega w 5 etapach, a mianowicie:

1) **aktywność – pasywność:** działanie należy głównie do osoby oferującej pomoc, a osoba wspomagana jest jedynie biernym obiektem, który jest poddawany różnym formom oddziaływania aktywizującego.

2) **prowadzenie – współdziałanie:** relacja zależnościowa, w której dopuszcza się pewną aktywność osoby wspomaganej, ale tylko wtedy, gdy wykonuje ona zalecenia osoby pomagającej.

3) **wzajemne uczestnictwo:** w tym etapie relacji dąży do wspólnej decyzji osoby wspomaganej i pomagającej co do sposobu postępowania, dostosowania do indywidualnych potrzeb jednostki, do jej rozumienia problemu. Osoba wspomagana korzysta z wiedzy, umiejętności i kompetencji pomagającego, ale polega także na własnym osądzie sytuacji, występuje z własną inicjatywą- ewentualnie zamiast chorego jego opiekun.

4) **osoba wspomagana jako główny dawca:** pomagający pełni pomocniczą funkcję asystenta, który na wyraźne życzenie pacjenta wspiera go swoją kompetencją, podpowiada pewne rozwiązania, ale decyzje podejmuje samodzielnie osoba, która ma rozwiązać swój problem. Jeżeli stan pacjenta wyklucza tę relację to dotyczy ona jego opiekuna.

5) **samoopieka:** pacjent i jego opiekun jest zdolny do przejęcia odpowiedzialności za stan swego zdrowia . Pomoc jest potrzebna sporadycznie.

#### 1. Komunikacja w zespole terapeutycznym:

1) wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego znają swoich pacjentów, a koordynatorem obiegu informacji o pacjencie jest pielęgniarka odpowiedzialna za danego pacjenta.

2) wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego biorą udział w zebraniach poświęconych ocenie postępów swoich podopiecznych.

3) wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego stale uaktualniają wiedzę i doskonalą swoje umiejętności z zakresu komunikowania się w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych i kursów.

## **KRYTERIA WYNIKU:**

### 1. Pacjent:

- 1) czuje się bezpiecznie; wie, że jest partnerem dla członków zespołu terapeutycznego oraz że może i powinien o sobie decydować,
- 2) ma poczucie odpowiedzialności za swój los i zdrowie, współuczestniczy w podejmowaniu istotnych dla siebie decyzji.

### 2. Rodzina lub opiekun pacjenta:

- 1) ma poczucie odpowiedzialności za niepełnosprawnego członka rodziny,
- 2) rozumie znaczenie możliwości podejmowania decyzji przez osobę niepełnosprawną w istotnych dla niej sprawach,
- 3) bez zahamowań komunikuje się z pracownikami Centrum.

### 3. Zespół terapeutyczny:

- 1) osiągnął założone cele w stosunku do podopiecznego,
- 2) jest świadomy znaczenia prawidłowej komunikacji z personelem, pacjentami i członkami ich rodzin,
- 3) sposób komunikowania się w zespole przebiega bez zakłóceń,
- 4) w miejscu pracy porozumiewa się językiem profesjonalnym

## IV. Standard profilaktyki i leczenia odleżyn

### GRUPA B: Standardy opieki

**STANDARD:** Nr B / I / 7

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**TEMAT:** Opieka długoterminowa

**PODTEMAT:** Profilaktyka i leczenie odleżyn

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 07.05.2005/

**DOTYCZY:** Pielęgniarki i opiekunki

### DEKLARACJA STANDARDU:

U każdego pacjenta oceniamy ryzyko wystąpienia odleżyn. U pacjentów z grupy ryzyka skutecznie zapobiegamy powikłaniom odleżynowym. W profilaktyce stosujemy nowoczesne metody, materiały medyczne i sprzęt.

U pacjentów przyjętych do Centrum z ranami odleżynowymi stosujemy nowoczesne kompleksowe leczenie i zapobiegamy powstawaniu nowych odleżyn.

Pielęgniarki zlecają opiekunom pielęgnację i nadzorują jej wykonywanie.

### ZAKRES: PROFILAKTYKA – OCENA RYZYKA

W dniu przyjęcia pacjenta do Centrum oceniamy jego ryzyko rozwoju odleżyn.

#### Skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn NORTON .

|   | Czynnik ryzyka                              | 4.00                           | 3.00                     | 2.00                                   | 1.00                                   |
|---|---|--------------------------------|--------------------------|--|--|
| A | Stan fizyczny                               | Dobry                          | dość dobry               | średni                                 | bardzo ciężki                          |
| B | Stan świadomości                            | Pełna przytomność i świadomość | apatia                   | zaburzenia świadomości                 | stupor lub śpiączka                    |
| C | Aktywność, zdolność przemieszczania się     | chodzi samodzielnie            | chodzi z asystą          | porusza się tylko na wózku inwalidzkim | stale pozostaje w łóżku                |
| D | Stopień samodzielności przy zmianie pozycji | pełna                          | ograniczona              | bardzo ograniczona                     | całkowita niesprawność                 |
| E | Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej  | pełna sprawność zwieraczy      | sporadyczne moczenie się | zazwyczaj nie trzymanie moczu          | całkowite nie trzymanie moczu i stolca |

Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym 14 punktom lub niżej.

## **ZAKRES: PROFILAKTYKA - HIGIENA OSOBISTA**

### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. Pielęgniarki i opiekunki posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania czynności higienicznych u pacjentów z ranami odleżynowymi oraz u pacjentów z grupy ryzyka.

2. Centrum jest wyposażone w sprzęt umożliwiający bezpieczne (wyeliminowanie punktowego nacisku na ciało) wykonywanie czynności higienicznych, tj.:

1) 4 zintegrowane systemy do higieny osobistej (wanna z regulowaną elektrycznie wysokością z podnośnikiem hydraulicznym, umożliwiającym mycie w pozycji leżącej oraz siedzącej),

wanna jezdna zintegrowana z prysznicem

2) 6 kabin prysznicowych,

3) 4 myjki prysznicowe do podmywania, mocowane w pobliżu sedesu,

4) łazienka z osprzętem sanitarnym o regulowanej elektrycznie wysokości,

5) podnośniki, bez ograniczeń,

6) krzesła sanitarne i kąpielowe, bez ograniczeń.

3. Centrum jest wyposażone w jednorazowy sprzęt, materiały medyczne i środki pomocnicze stosowane u pacjentów z problemem nietrzymania moczu i stolca.:

- pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkładki urologiczne,

- worki na mocz,

- worki stomijne i urostomijne,

- cewniki zewnętrzne,

- cewniki wewnętrzne,

- jednorazowe i wielorazowe podkłady ochronne.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

Podstawowa pielęgnacja w zakresie higieny osobistej pacjentów jest realizowana zgodnie ze standardem podstawowej pielęgnacji pacjenta – Standard Nr B/ I/ 2

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. Skóra pacjenta jest cała i sucha, ale nie przesuszona.

2. U pacjenta nie występują odparzenia i odleżyny

## **ZAKRES: PROFILAKTYKA – PODTRZYMANIE MOBILNOŚCI**

### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. Pielęgniarki i opiekunki posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie mobilności, podnoszenia i przemieszczania pacjentów obłożnie chorych.
2. Centrum wyposażone jest:
  - w sprzęt do podnoszenia i przemieszczania dobierany indywidualnie do potrzeb i stanu pacjentów unieruchomionych – podnośniki, pionizatory, wózki inwalidzkie, bez ograniczeń, sprzęt do ślizgowego przemieszczania chorych,
  - podkładki oporowe pod stopy zapobiegające zsuwaniu się,
  - materace przeciwodłęzynowe dynamiczne i statyczne – na każde łóżko,
  - poduszki przeciwodłęzynowe na wózek inwalidzki – bez ograniczeń,
  - łóżka o regulowanej elektrycznie wysokości leża i zagłówka,
  - podkładka obrotowa pod stopy
  - udogodnienia do stabilizacji pozycji, np. wałki, podkładki itp.
3. Arkusze dokumentacji do monitorowania zmiany pozycji u chorych długotrwale unieruchomionych.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Zapewnienie przez pielęgniarki i opiekunki podstawowego zakresu mobilności, w tym:
  - 1) zmiany pozycji ciała w łóżku i ich częstotliwość ustala pielęgniarka indywidualnie, ale nie rzadziej niż co 1 godzinę, każdą zmianę pozycji personel odnotowuje w Karcie zmiany pozycji,
  - 2) przemieszczanie łóżko / wózek 4 x na dobę,
  - 3) asystowanie przy chodzeniu/ przewożenie wózkiem, w związku z zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych
2. Metody i pozycje ułożenia pacjenta w łóżku ustala pielęgniarka w porozumieniu z fizjoterapeutą, w przypadku szczególnych wymogów zaznacza się to na karcie zmiany pozycji ciała.

Metody i pozycje ułożenia pacjenta w łóżku muszą być zgodne z zaleceniami pielęgniarki oraz fizjoterapeuty i obejmują:

  - pozycja leżąca na plecach,
  - pozycja leżąca na boku,
  - pozycja leżąca na brzuchu,



- pozycja siedząca półwysoka,
- pozycja siedząca wysoka,
- pozycja siedząca z opuszczonymi nogami,
- inna pozycja uznana za bezpieczną.

3. Monitorowanie zmiany pozycji ciała w łóżku poprzez odnotowywanie czynności w Karcie zmiany pozycji ciała:

- 1) pielęgniarki – kolor niebieski,
- 2) opiekunki – kolor zielony,
- 3) fizjoterapeuci – kolor czarny,
- 4) inne zaakceptowane, przez pielęgniarkę, osoby do wykonywania tej czynności – kolor czerwony

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. Pacjent ma ograniczone do minimum uczucie dyskomfortu, bólu, zdrętwienia, wywołane długotrwałym przebywaniem w jednej pozycji.
2. U pacjenta nie występują powikłania wynikające z długotrwałego unieruchomienia, zwłaszcza odleżyny, odparzenia i przykurcze.

### **ZAKRES: PROFILAKTYKA - ODŻYWIANIE**

#### **KRYTERIA STRUKTURY**

Pielęgniarki posiadają wiedzę w zakresie odżywiania pacjentów z odleżynami. W Centrum dostępna jest literatura fachowa oraz konsultacje specjalistów: lekarza i dietetyka.

Centrum jest wyposażone w pomieszczenia (kuchnia z zapleczem, świetlica) oraz nowoczesny sprzęt niezbędny do przygotowania i spożycia posiłków.

#### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. W Centrum u pacjentów z odleżynami stosowana jest dieta wysokobiałkowa (1,5 – 2,0 g białka na 1 kg wagi ciała na dobę), za wyjątkiem sytuacji gdy z uwagi na ogólny stan zdrowia lekarz wyklucza stosowanie diety wysokobiałkowej.
2. Posiłki są podawane 3 – 5 x na dobę, zgodnie ze standardem Podstawowej Pielęgnacji Pacjenta – Nr B/ I/ 2 . Napoje znajdują się przy pacjencie i u osób niezdolnych do samodzielnego przyjmowania płynów, są podawane przez personel przy każdym podejściu do chorego.

## **KRYTERIA WYNIKU**

1. Stan odżywienia pacjenta jest prawidłowy.
2. U pacjenta nie występują powikłania wynikające z niewłaściwego odżywienia organizmu, zwłaszcza odleżyny.

## **ZAKRES: LECZENIE**

### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. W Centrum jest zatrudniona pielęgniarka mająca ukończony kurs specjalistyczny z leczenia ran przewlekłych, sprawująca nadzór nad procedurami profilaktyki i leczenia odleżyn, wykonywanymi przez pielęgniarki i opiekunki.
2. Wszystkie zatrudnione pielęgniarki i opiekunki posiadają podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie nowoczesnego leczenia ran oraz znają zakres swych kompetencji.
3. Centrum dysponuje nowoczesnymi, specjalistycznymi opatrunkami i środkami leczniczymi, zgodnie z zaleceniem lekarza oraz pielęgniarki specjalistki.
4. Centrum dysponuje drukami dokumentacji do monitorowania leczenia i postępowania profilaktycznego, w ilości adekwatnej do potrzeb.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Częstość zmiany pozycji ciała i odciążanie miejsc szczególnie zagrożonych lub objętych zamianą.
2. Proces leczenia ustala pielęgniarka specjalistka z lekarzem konsultantem, jeżeli leczenie dotyczy odleżyny powyżej III stopnia, we wszystkich pozostałych przypadkach pielęgniarka wydaje zalecenia i stosuje procedury lecznicze i profilaktyczne samodzielnie, zgodnie z aktualną wiedzą i dostępnymi w Centrum środkami leczniczymi, pomocniczymi oraz materiałami medycznymi.
3. Profilaktyka i proces leczenia są w całości dokumentowane,

## **KRYTERIA WYNIKU**

1. Pacjent ma ograniczone do minimum uczucie dyskomfortu, bólu, zdrętwienia, wywołane długotrwałym przebywaniem w jednej pozycji.
2. U pacjenta nie występują bądź zostały wyleczone powikłania wynikające z długotrwałego unieruchomienia, zwłaszcza odleżyny, odparzenia i przykurcze.

## V. Standard podnoszenia i przemieszczania pacjentów

**GRUPA B:** Standardy opieki

**STANDARD:** Nr B / I / 8

**TEMAT:** Opieka długoterminowa

**PODTEMAT:** Podnoszenie i przemieszczanie pacjentów

**DOTYCZY:** Pielęgniarki, opiekunki, fizjoterapeuci, terapeuci

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 07.05.2006r.

### OŚWIADCZENIE STANDARDOWE:

Przy podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów przestrzegamy zasad bezpieczeństwa i ergonomii. Zapobiegamy skutkom wadliwego podnoszenia i przemieszczania, a szczególnie bólowi, upadkom, otarciom, krwiakom, odleżynom, uszkodzeniom ścięgien i mięśni. Poprzez obowiązkowe stosowanie sprzętu wspomagającego, poprawiamy jakość pielęgnacji, chronimy zdrowie pracowników, zapobiegamy przeciążeniom fizycznym, bólowi i urazom kręgosłupa.

### KRYTERIA STRUKTURY

#### Pracownicy

1. Cykliczne szkolenia personelu z zakresu zasad, metod podnoszenia i przemieszczania pacjentów oraz technik bezpiecznego korzystania ze sprzętu wspomagającego.
2. Pracownicy medyczni mają wiedzę i umiejętności w zakresie zasad podnoszenia i przemieszczania pacjentów obłożnie chorych z ograniczoną zdolnością do samodzielnego poruszania się.
3. Każdy pracownik medyczny korzysta z poradnika: „Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów - Przewodnik dla pielęgniarek“. Książka ta jest stale dostępna w dyżurkach pielęgniarek i gabinecie fizjoterapeutów.
4. Pracownicy mają świadomość, że są obowiązani postępować zgodnie z ustalonymi w niniejszym standardzie zasadami.

5. Przestrzegamy zasady, że nieprzeszkoleni, nowo zatrudnieni pracownicy przemieszczają i podnoszą chorych tylko pod nadzorem doświadczonego pracownika.
6. Pracownicy medyczni, którzy mają przemieszczać bądź podnieść chorego, mają pełen dostęp do informacji o jego stanie zdrowia, łącznie z wglądem do dokumentacji.
7. Pracownicy korzystający ze sprzętu mechanicznego przestrzegają instrukcji obsługi. Najistotniejsze zapisy instrukcji są wywieszane na ścianie w pobliżu sprzętu.
8. Zatrudniamy personel w liczbie adekwatnej do zakresu i ilości czynności pielęgnacyjnych i terapeutycznych przy których niezbędna jest częsta zmiana pozycji, przemieszczanie bądź podnoszenie chorych. Każdy z pracowników ma zapewnioną pomoc w sytuacji grożącej przeciążeniem.
9. Centrum zatrudnia specjalistę z dziedziny BHP, który przeprowadza szkolenia, ocenia ryzyko zawodowe i opiniuje pod kątem przeciążenia fizycznego poszczególne stanowiska pracy.

## **Wyposażenie**

1. W Centrum nie ma barier architektonicznych.
2. Centrum jest wyposażone w różnorodny sprzęt umożliwiający bezpieczne przemieszczanie i podnoszenie pacjentów oraz wykonywanie czynności higienicznych u chorych z ograniczoną zdolnością do samodzielnego poruszania się, w tym:
  - 1) Sprzęt sanitarny:
    - 4 zintegrowane systemy do higieny osobistej, składające się z wanny z elektrycznie regulowaną wysokością oraz podnośnika w kształcie leżaka z hydraulicznie regulowaną wysokością,
    - wanna jezdna zintegrowana z prysznicem,
    - 4 myjki prysznicowe do podmywania, zamontowane do umywalek w pobliżu sedesów,
    - łazienka z sedesem i umywalką o regulowanej elektrycznie wysokości,
    - krzesła sanitarne, są dostępne bez ograniczeń na salach chorych i łazienkach,
    - nakładki podwyższające sedes z odchylanymi poręczami,
    - poręcze i uchwyty,
  - 2) Sprzęt do przemieszczania:

- łóżka o regulowanej elektrycznie wysokości leża oraz zagłówek,
- sprzęt do ślizgowego przemieszczania tzw. łatwoślizgi, na każdej sali,
- maty do przenoszenia z uchwyty, na każdej sali,
- pasy zabezpieczające przed upadkiem w czasie chodzenia, w dziale rehabilitacji,
- pasy nośne i hamaki do podnośników, w liczbie adekwatnej do potrzeb,
- grube bawełniane, pikowane podkłady z uchwyty, na każdej sali
- obrotowa pod stopy,
- podkładki oporowe pod stopy,
- wózki inwalidzkie, bez ograniczeń, odpowiednio do potrzeb,
- chodziki, balkoniki, laski, kule itp., bez ograniczeń, odpowiednio do potrzeb,
- przyłóżkowe, boczne barierki, do każdego łóżka,
- metalowe wysięgniki, do każdego łóżka,
- drabinki przyłóżkowe, bez ograniczeń, odpowiednio do potrzeb,

### 3) Sprzęt do podnoszenia:

- podnośniki hydrauliczne z pełną dostępnością na każdej sali,
- podnośniki elektryczne, na każdym piętrze,
- podnośnik – pionizator ( z pozycji siedzącej),
- fotel pionizator ( z pozycji siedzącej),

### 4) Sprzęt rehabilitacyjny:

- 2 pionizatory,
- 2 balkoniki wysokie (podpachowe),
- parapodium dynamiczne,
- stół do masażu z hydraulicznie regulowaną wysokością,
- 2 stoły – materace do ćwiczeń rehabilitacyjnych z elektrycznie regulowaną wysokością,
- tory i schody do nauki chodzenia.

### 5) Pozostałe wyposażenie i warunki lokalowe:

- łóżka i szafki przyłóżkowe wyposażone są w kółka co ułatwia ich przesuwanie i zapewnienie pełnej dostępności do łóżka,

3. Zachowujemy przestrzeń w pomieszczeniach i między łózkami niezbędną do używania sprzętu do podnoszenia i przemieszczania, w tej przestrzeni nie ustawiamy żadnych trudnych do przesunięcia urządzeń czy sprzętów.

4. Zapewniamy łatwy dostęp do sprzętu wspomagającego, miejsca odstawienia wszelkiego rodzaju sprzętu np. wózków, podnośników i innych urządzeń, usytuowane są na sali chorych lub w jej pobliżu (korytarz, łazienka).
5. Każdy z pracowników wie gdzie znajduje się sprzęt do przemieszczania i nie traci czasu na jego szukanie.
6. Centrum zatrudnia dwóch konserwatorów, którzy systematycznie dokonują przeglądu sprzętu, konserwują go i dokonują drobnych napraw,
7. Sale chorych są wyposażone w szerokie drzwi, umożliwiające swobodny przejazd łóżka i każdego używanego sprzętu.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. W dniu przyjęcia pacjenta ustalamy niezbędny mu zakres pomocy przy poruszaniu się i odnotowujemy to w dokumentacji medycznej. Szczególnie zwracamy uwagę na informacje rodziny dotyczące kłopotów z przemieszczaniem pacjenta i jego upadków.
2. Prowadzimy zespołową (fizjoterapeuci, pielęgniarki) analizę danych w celu ustalenia skutecznego i bezpiecznego działania.
3. Postępujemy według schematów i procedur opisanych w opracowaniu pt. „Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów - przewodnik dla pielęgniarek“, stanowiącego załącznik do niniejszego standardu.
4. Przestrzegamy poniższe ogólne zasady postępowania:
  - 1) Przygotowanie warunków do podniesienia i przemieszczenia pacjenta:
    - a) ustalamy w jakim stanie pacjent się znajduje, czy ma założone opatrunki, szyny lub jest podłączony do kroplówek,
    - b) określamy cel zmiany położenia pacjenta,
    - c) ustalamy w jakim zakresie pacjent może nas wspomóc, czy nie jest agresywny, czy nie będzie wykonywał niekontrolowanych ruchów, broniąc się przed zmianą pozycji,
    - d) ustalamy czy jest konieczne użycie sprzętu wspomagającego, mechanicznego i jaki to ma być rodzaj sprzętu,
    - e) wybieramy właściwą technikę zgodnie ze schematami ustalonymi w niniejszym standardzie,

- f) jeżeli istnieje ryzyko przeciążenia lub wymaga tego stan pacjenta, prosimy do pomocy innego pracownika (pracowników) i ustalamy kto kieruje tą akcją,
- g) ustalamy czy w trakcie podnoszenia mają być wykonane dodatkowe czynności np. podłożenie basenu lub ochrona chorej kończyny,
- h) przygotowujemy otoczenie tj. przesuwamy zawadzające meble, usuwamy inne przeszkody i zagrożenia (nierówności bądź rozlany płyn na podłodze), zaciskamy hamulce na kółkach łóżka i wózka (podnośnika), dostosowujemy wysokość łóżka i wózka na który chcemy chorego przesunąć,
- i) sprawdzamy sprawność sprzętu, który mamy użyć i zabezpieczamy go przed niespodziewanym przemieszczeniem się w trakcie przenoszenia,
- j) pewnie i spokojnie używamy urządzenia, unikamy pośpiechu i błędów w obsłudze, gdyż, pacjent może przestraszyć się i odmówić zgody na podnoszenie czy przenoszenie,
- k) najpierw ćwiczymy podnoszenie na sobie i osobiście poznajemy odczucia związane z korzystaniem z podnośnika, a dopiero potem stosujemy go przy chorym, dzięki temu precyzyjnie opisujemy choremu co będzie czuł jak będzie podnoszony,

## 2) Ogólne zasady obowiązujące przy podnoszeniu i przemieszczaniu:

- a) każda osoba przystępująca do podniesienia chorego ma świadomość swoich możliwości fizycznych i poziomu swej sprawności oraz sprawności i wytrzymałości współpracujących z nią osób,
- b) każda osoba podnosząca chorego ma strój niekrępujący ruchy i odpowiednie buty (dobrze trzymające się nogi, szeroki niezbyt wysoki obcas, nieślizgające się podeszwy),
- c) osoba podnosząca pewnie klęczy lub stoi na podłożu i przyjmuje właściwą pozycję:
  - **stóp**, powinny być rozstawione tak aby można było utrzymać równowagę w czasie wykonywania czynności. Właściwa pozycja stóp warunkuje właściwą pozycję pleców,
  - **kolana**, np. przy podnoszeniu z podłogi w początkowej fazie podnoszenia kolana lekko uginamy, ujmujemy ciężar w przysiadzie (nie szarpiemy gwałtownie) a następnie stopniowo prostujemy się aż do całkowitego wyprostowania, jeżeli chorego przemieszczamy na łóżku, kolana mamy wyprostowane i przyciśnięte do brzegu łóżka,
  - **rąk**, obie ręce muszą być wolne by można było objąć nimi pacjenta, chwytamy go pewnie i równomiernie rozkładamy ciężar ,

- **pleców**, należy podnosić z wyprostowanymi plecami i ustabilizowanym korpusem górnym, podnoszony pacjent musi znajdować się jak najbliżej osoby podnoszącej go, unikamy pochyleń na boki i skręceń kręgosłupa,

d) przestrzegamy limity obciążeń,

e) jeżeli pacjenta podnosi kilka osób, ustalamy osobę kierującą tą czynnością w celu jednoczesnego i skoordynowanego wykonywania ruchów przez zespół podnoszący,

### 3) Ręczne przemieszczanie pacjenta

a) przed przystąpieniem do podniesienia lub przemieszczenia chorego, który leży na łóżku przysuniętym do ściany, odblokowujemy kółka łóżka i odsuwamy je od ściany na odległość zabezpieczającą nam swobodny dostęp do chorego z każdej strony łóżka. Po odsunięciu łóżka ponownie blokujemy jego kółka.

b) ustalamy jakim dysponujemy sprzętem do przesunięcia pacjenta, obowiązuje nas metoda przemieszczania ślizgowego i obracania pacjenta na boki.

c) stosujemy taką technikę zmiany pozycji, która umożliwi wykonanie zaplanowanych czynności pielęgnacyjnych, zmianę pozycji ciała albo przemieszczenie poza łóżko,

d) pacjenta obracamy wyłącznie w kierunku do siebie, przy zmianie pozycji ciała wykorzystujemy zasadę balansu.

e) przesuwamy poza łóżko tylko wtedy, gdy łóżko i wózek, na który się chorego przesuwa, są jednakowej wysokości i zabezpieczone przed rozsunięciem się,

f) u pacjentów po przebytych udarach mózgu stosujemy przy przemieszczaniu elementy metody Bobath:

- przy przygotowaniu warunków do przemieszczania pamiętamy o zjawisku Neglektu i stosujemy „system budowania przestrzeni pacjenta”,

- ustawiamy łóżko tak by umożliwiać kontaktowanie się z chorym od strony dotkniętej chorobą (od strony niedowładu, porażenia, Neglektu),

- stół przyłóżkowy, krzesło dla odwiedzających, telewizor, stawiamy od strony dotkniętej chorobą,

- kontaktujemy się z pacjentem tylko od strony chorej,



- wpływamy, poprzez „punkty kontrolne” (zasady kinestetyki), na napięcie mięśni w danej pozycji zwiększając tym samym aktywny udział pacjenta w przemieszczaniu, umożliwia nam to kontrolę i częściowe odciążenie,

- chodzenie z pacjentem jest możliwe, gdy:

\*pacjent podejmuje czynny i świadomy udział w ćwiczeniach, ma zdolność

\* koncentrowania się na tej czynności,

\*wykorzystuje się zasadę przesunięcia środka ciężkości i dźwigni mechanicznej, balans miednicy,

\*pacjent panuje (choć częściowo) nad koordynacją i kontroluje swe ciało,

\*realizowana przez nas nauka chodzenia przypomina rozwój umiejętności chodu u dziecka, od pełzania, przez raczkowanie do chodzenia, na początku przy pomocy sprzętu np. zwykłej laski,

\*eliminujemy chód patologiczny,

4) Podnoszenie i przemieszczanie pacjenta za pomocą podnośników

a) nie podnosimy podnośnikiem pacjentów ze złamaną miednicą, pacjentów w podeszłym wieku z osteoporozą, ze zwichniętymi stawami i na wyciągach (kostnych).

b) podnośnika używamy gdy ręczne podniesienie pacjenta jest niebezpieczne a użycie podnośnika jest celowe i wykonalne.

c) stosowanie podnośnika w podnoszeniu chorego nie mającego kontroli nad opróżnianiem pęcherza i jelit, łączy się z możliwością zabrudzenia hamaka. Jeżeli hamak został zabrudzony oddajemy go do pralni, a podnośnik myjemy i dezynfekujemy.

d) jeżeli podnosimy pacjenta na twardym siedzisku (podnośnik zintegrowany z wanną), siedzisko przykrywamy miękkim ręcznikiem,

e) przy podnoszeniu pacjenta na pasach lub hamaku z tkaniny pamiętamy, że pacjent może się kołysać, jedną ręką stabilizujemy i uważamy, by nie uderzył głową ani twarzą o ramię nośne dźwigu,

f) pasy siedzeniowe i hamaki po użyciu pozostawiamy przy podnośniku, żeby nie tracić czasu na ich szukanie przy powtórnym użyciu,

g) zanim umieścimy chorego w podnośniku:

- taktowne i spokojnie tłumaczymy mu zasady działania,
- respektujemy prywatność i godność osobistą pacjenta, zapewniamy intymność zasłaniając przy łóżku parawan,
- dajemy pacjentowi możliwość interwencji w każdej chwili,
- sprawdzamy, czy podnośnik jest dość mocny, aby unieść ciężar pacjenta i czy działa sprawnie,
- wybieramy hamak lub pasy odpowiednie do stanu chorego i celu podniesienia,

#### h) zakładanie hamaka lub pasów:

- podkładamy i przypinamy końcówki pasa nośnego tak, aby pacjent znajdował się
- w normalnej pozycji siedzącej, lub w pozycji dla niego najwygodniejszej,
- wszelkie szwy powinny znajdować się na zewnętrznej stronie (od ciała chorego),
- wszystkie paski powinny być wyciągane do góry równocześnie,
- upewniamy się, że nie ma niewygodnego dla pacjenta ucisku pod ramionami i pod udami,

#### i) podnoszenie:

- unikamy sytuacji, w której pacjent będzie kołysał się jak wahadło, stabilizujemy swoim ciałem, dbamy, by głowa pacjenta była podparta i chroniona przed kołysaniem, a także by nogi się nie kołysały,
- najpierw podnosimy pacjenta na niewielką wysokość, zatrzymujemy dźwig i sprawdzamy, czy hamak jest ułożony wygodnie. Jeżeli wszystko jest w porządku kontynuujemy podnoszenie, aż zupełnie podniesiemy pacjenta i przemieścimy zgodnie z celem. Podczas przemieszczania, do minimum ograniczamy kołysanie pacjenta.
- sprawdzamy czy po przeniesieniu pacjent spoczywa we właściwej pozycji.

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. W Centrum pacjentów podnosi się delikatnie i przemieszcza bezpiecznie, wykorzystując zasady kin estetyki lub przy pomocy odpowiedniego sprzętu, adekwatnie do ich potrzeb, przy zmniejszonym do minimum wysiłku fizycznym, wkładanym przez pracownika w tę czynność.

2. Wyeliminowaliśmy ryzyko wystąpienia u pracowników urazów kręgosłupa wywołanych dźwiganiem chorych.

### **1) Pacjent:**

- a) rozumie konieczność podniesienia go lub przemieszczenia,
- b) zna zasady i techniki podnoszenia go lub przemieszczania, może wspomóc personel,
- c) jego skóra nie jest uszkodzana w wyniku przenoszenia lub przemieszczania, nie ma otarć, krwiaków, odleżyn,
- d) miejsce jego pobytu oraz pozycja ciała są zmieniane prawidłowo i adekwatnie do potrzeb diagnostycznych, terapeutycznych i pielęgnacyjnych,
- e) zna swoje możliwości i wie co zrobić by zmienić pozycję ciała bez pomocy personelu bądź opiekuna,
- f) w jego stanie zdrowia osiągnął optymalną samodzielność i aktywność,
- g) pacjent jest w stanie pouczyć inne osoby jak mogą mu pomóc w zmianie pozycji bądź przemieszczeniu się,

### **2) Opiekun:**

- a) potrafi sprawnie i pewnie obsługiwać sprzęt z którego korzysta np. łóżko, wózek inwalidzki, dynamiczny materac przeciwoleżynowy, podnośnik, łatwoślizgi itd.
- b) zna zasady kinestetycznego przemieszczania, przemieszczania z wykorzystaniem sprzętu, a także zasady postępowania przeciwoleżynowego,
- c) wie gdzie można zaopatrzyć się w sprzęt i na jakich warunkach.

### **3) Personel:**

- a) jest świadomy zagrożeń związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem chorych,
- b) wie, jak redukować nadmierne obciążenie kręgosłupa oraz ryzyko urazów w związku z podnoszeniem i przemieszczaniem chorych,
- c) zna instrukcje obsługi sprzętu i obowiązujące w Centrum schematy postępowania, opisane w przewodniku – „Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów“
- d) jest twórczy w kreowaniu coraz bezpieczniejszych warunków podnoszenia i przemieszczania chorych,

- e) zna właściwości łóżek, podnośników oraz pozostałego sprzętu znajdującego się w Centrum i wie którego sprzętu użyć jako najbardziej odpowiedniego do stanu pacjenta,
- f) wie, gdzie znajduje się bądź przechowywany sprzęt do podnoszenia i przemieszczania chorych, nie traci czasu na jego poszukiwania,
- g) wykonuje pracę dostosowaną do jego możliwości fizycznych i nie podejmuje ryzykownych prób samodzielnego podnoszenia i przemieszczania pacjentów z dużymi ograniczeniami w samodzielnym poruszaniu się,
- h) nigdy nie podejmuje ryzyka samodzielnego podnoszenia pacjenta z podłogi.

## **VI. Standard rehabilitacji i usprawniania**

**GRUPA B:** Standardy opieki

**STANDARD:** Nr B / I / 4

**TEMAT:** Opieka długoterminowa

**PODTEMAT:** Rehabilitacja i usprawnianie

**DOTYCZY:** pracowników działu rehabilitacji, fizjoterapeutów i terapeutów

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 12.07.2005/

### **DEKLARACJA STANDARDU:**

Poprzez profesjonalne kompleksowe działania z zakresu rehabilitacji dążymy do osiągnięcia przez pacjenta maksymalnej sprawności i samodzielności w zaspokajaniu własnych potrzeb oraz stworzenia mu możliwości szeroko pojętej reintegracji społecznej.

#### W tym celu:

1. Ustalamy metody rehabilitacji odpowiednie do stanu pacjenta i jego potrzeb.
2. Szkolimy personel medyczny z zakresu rehabilitacji.
3. Wyposażamy zakład w sprzęt rehabilitacyjny.
4. W Zakładzie eliminujemy bariery architektoniczne.
5. Prowadzimy analizę danych w aspekcie skuteczności działania.

### **KRYTERIA STRUKTURY:**

1. Działem rehabilitacji w zakładzie kieruje koordynator działu - magister rehabilitacji ruchowej.
2. Merytoryczny nadzór nad rehabilitacją sprawuje lekarz rehabilitacji medycznej z II stopniem specjalizacji.
3. Zatrudniamy personel medyczny, tj. magistrów rehabilitacji, fizjoterapeutów, techników fizjoterapii, terapeutów (psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy, arteterapeuta) w czasie pracy adekwatnym do liczby pacjentów oraz zakresu i ilości czynności terapeutycznych z dziedziny rehabilitacji.

4. Personel zakładu posiada wiedzę z zakresu rehabilitacji usprawniającej - ergoterapii.
5. Każdy rehabilitant ma pod swoją stałą opieką kilku podopiecznych przez cały czas ich pobytu w zakładzie.
6. Harmonogramy pracy fizjoterapeutów i terapeutów oraz przydział pacjentów ustala koordynator działu rehabilitacji.
7. Praca personelu działu rehabilitacji w zakładzie stacjonarnym przebiega w systemie jednozmianowym,
8. Wszystkie działania podjęte na rzecz pacjenta z zakresu rehabilitacji są dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej zgodnie ze standardem przyjętym w zakładzie.
9. Centrum jest wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny oraz posiada odpowiednie pomieszczenia do prowadzenia usprawniania, w tym salę gimnastyczną, 2 sale do ergoterapii, salę do terapii zajęciowej, świetlicę.
10. Zakład jest w pełni przystosowany do potrzeb chorych osób niepełnosprawnych.

#### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA:**

1. Każdy pacjent przed podjęciem czynności terapeutycznych z zakresu rehabilitacji diagnozowany jest pod kątem stopnia ograniczenia sprawności, a mianowicie:
  - 1<sup>0</sup> – funkcjonalne ograniczenie sprawności w wyniku przebytych chorób lub biologicznego procesu starzenia się przy zachowanej pełnej sprawności psychosomatycznej odpowiednio do wieku i zajęcia.
  - 2<sup>0</sup> – ograniczenie sprawności w wyniku czynnych somatycznych i/lub umysłowych procesów chorobowych przy zachowaniu pełnej niezależności w życiu.
  - 3<sup>0</sup> – ograniczenie sprawności somatycznej i/lub umysłowej z koniecznością używania pomocy technicznych w pokonywaniu przeszkód architektonicznych, urbanistycznych i społecznych.
  - 4<sup>0</sup> – znaczne ograniczenie sprawności somatycznej i/ lub psychicznej, gdzie pacjent wymaga opieki osób drugich, rodziny i/lub instytucji udzielających pomocy osobom niepełnosprawnym.
2. Lekarz rehabilitacji konsultuje pacjentów 1 x w tygodniu (w środy), konsultacje ustala koordynator działu.

3. Lekarz wspólnie z koordynatorem działu rehabilitacji ustala cele i plan rehabilitacji oraz rodzaj metod rehabilitacji dla danego pacjenta w zależności od stopnia naruszenia sprawności.
4. Postępy pacjentów w zakresie usprawniania są oceniane na bieżąco na każdym zebraniu zespołu terapeutycznego, w którym uczestniczą: koordynator działu rehabilitacji, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, opiekun, logopeda i inni terapeuci, jeżeli omawiany jest pacjent którym się zajmują.
5. Zebrania zespołu terapeutycznego odbywają się 1 x co 2 tygodnie (w środy).
6. Rodzaj stosowanych w rehabilitacji technik uwzględnia możliwości fizyczne pacjenta i założony cel usprawniania.
7. W zakładzie stosujemy następujące rodzaje rehabilitacji:
  - 1) podstawowe zabiegi fizykoterapeutyczne, np. lampy Sollux, lampa Bioptron, masaż suchy pneumatyczny i podwodny itp. w zależności od potrzeb.
  - 2) kinezyterapię (rehabilitację ruchową):
    - a) kinezyterapię miejscową: ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynno – bierne, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne – wolne, ćwiczenia czynne – oporowe (trening izometryczny i izotoniczny), ćwiczenia redresyjne, ćwiczenia synergistyczne, ćwiczenia oddechowe;
    - b) kinezyterapię ogólną: ćwiczenia ogólnie kondycyjne, ćwiczenia relaksowo – koncentrujące;
    - c) ćwiczenia z elementami metody Bobath;
    - d) ułożenia i zmiany pozycji ciała w zależności od schorzenia i stanu pacjenta wg wzorców metody Bobath;
    - e) ćwiczenia czynności samoobsługi;
    - f) pionizację i naukę chodzenia.
  - 3) terapię zajęciową – ze szczególnym uwzględnieniem ergoterapii
8. W celu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjentom w czasie prowadzenia rehabilitacji stosujemy asekurację czynną i bierną, w razie potrzeby z udziałem opiekuna.
9. W zakładzie jest prowadzona rehabilitacja grupowa i indywidualna.
10. Rehabilitacja w domu pacjenta odbywa się na zlecenie lekarza rodzinnego i po konsultacji lekarza rehabilitacji, średnio 2 x w tygodniu w zależności od stanu pacjenta.
11. Postępowanie usprawniające jest prowadzone w pięciu etapach:

- 1) usprawnianie funkcji narządów i układów oraz wytworzenie mechanizmów kompensacyjnych,
  - 2) pomoc pacjentowi w zaopatrzeniu się w urządzenia uzupełniające ubytki narządów i funkcji, np. protezy, ortozy i pomocniczy sprzęt rehabilitacyjny,
  - 3) pomoc pacjentowi w pozyskaniu wyposażenia adekwatnie do potrzeb w sprzęt do samoobsługi i czynności dnia codziennego oraz przystosowanie i wyposażenie otoczenia w pomoce ułatwiające wykonanie lub kompensujące naruszone czynności,
  - 4) Poradnictwo w zakresie likwidacji przeszkód architektonicznych.
  - 5) Pomoc w pokonywaniu przeszkód społecznych i zaopatrzenie niepełnosprawnych w odpowiednie środki lokomocji pozwalające na podjęcie funkcji społecznych.
12. Proces rehabilitacji jest wspomagany przez przeszkolone pielęgniarki i opiekunki.
13. Pracownicy rehabilitacji współpracują z wypożyczalnią sprzętu i doradzają przy indywidualnym doborze sprzętu.
13. Pracownicy rehabilitacji realizują swoje zadania zgodnie z Kartą Praw Pacjenta i z obowiązującymi w Centrum standardami.

### **KRYTERIA WYNIKU:**

#### **1. Pacjent:**

- 1) zna zasady, które musi przestrzegać by podtrzymać efekty leczenia i usprawniania oraz wie o niezbędnym zakresie współpracy z personelem medycznym,
- 2) wie, jaki sprzęt poszerzy jego samodzielność i umie go używać,
- 3) czuje się bezpiecznie, ma wiedzę na temat postępowania rehabilitacyjnego,
- 4) ma poczucie odpowiedzialności za swój los i zdrowie, współuczestniczy w podejmowaniu istotnych dla siebie decyzji,
- 5) zna zasady bezpiecznego przemieszczania się,
- 6) umie samodzielnie lub przy pomocy opiekuna zaspokajać czynności fizjologiczne.

#### **2. Rodzina lub opiekun:**

- 1) ma wiedzę na temat przebiegu i prognozowanego rozwoju choroby,
- 2) zna podstawowe zasady postępowania rehabilitacyjnego adekwatne do stanu zdrowia pacjenta,
- 3) w trakcie pobytu pacjenta w Centrum otrzymał informacje, jakiego zakresu rehabilitacji chory będzie wymagał w domu, jak przygotować mieszkanie by rehabilitacja taka była możliwa i gdzie może uzyskać pomoc w przygotowaniu mieszkania, jest przeszkolony w obsłudze sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego.



**PROCEDURA Nr 1 do Standardu NR B / I / 4**

do standardu **Rehabilitacja i usprawnianie**

**ZAKRES : Ocena poziomu sprawności i efektów terapeutycznych**

**DOTYCZY:** koordynator działu rehabilitacji, fizjoterapeuci

**PROCEDURĘ WPROWADZONO:** 1. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA :** 15.09.2001/ 15. 03. 2003/

**Test funkcjonalny do oceny rezultatu pielęgnacji kompensacyjnej realizowanej w formie terapii zespołowej**

| Lp. | S - samodzielny<br>P- przy pomocy<br>N – niesamodzielny | Przy przyjęciu |               |                | Przy wypisie  |               |               |
|-----|---|----------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
|     |   | S              | P             | N              | S             | P             | N             |
|     | <b>Poziom sprawności</b>                                | <b>0 pkt.</b>  | <b>5 pkt.</b> | <b>10 pkt.</b> | <b>0 pkt.</b> | <b>5 pkt.</b> | <b>10 pkt</b> |
| I.  | <b>Utrzymanie higieny osobistej</b>                     |                |               |                |               |               |               |
| 1   | mycie górnej  |                |               |                |               |               |               |
| 2   | części ciała  |                |               |                |               |               |               |
| 3   | mycie dolnej  |                |               |                |               |               |               |
| 4   | części ciała  |                |               |                |               |               |               |
| 5   | mycie, kąpiel   |                |               |                |               |               |               |
| 6   | całego ciała  |                |               |                |               |               |               |
| 7   | czesanie  |                |               |                |               |               |               |
| 8   | jama ustna  |                |               |                |               |               |               |
| 9   | golenie   |                |               |                |               |               |               |
| 10  | wydalanie moczu   |                |               |                |               |               |               |

| Lp.  | S - samodzielny<br>P- przy pomocy<br>N – niesamodzielny | Przy przyjęciu |        |         | Przy wypisie |       |        |
|------|---|----------------|--------|---------|--------------|-------|--------|
|      |   | S              | P      | N       | S            | P     | N      |
|      | <b>Poziom sprawności</b>                                | 0 pkt.         | 5 pkt. | 10 pkt. | 0 pkt.       | 5 pkt | 10 pkt |
| 11   | wydalanie   |                |        |         |              |       |        |
| 12   | stolca  |                |        |         |              |       |        |
| II.  | <b>UBIERANIE ROZBIERANIE</b>                            |                |        |         |              |       |        |
| 13   | koszula   |                |        |         |              |       |        |
| 14   | bluzka  |                |        |         |              |       |        |
| 15   | majtki  |                |        |         |              |       |        |
| 16   | biustonosz  |                |        |         |              |       |        |
| 17   | spodnie   |                |        |         |              |       |        |
| 18   | skarpety  |                |        |         |              |       |        |
| 19   | rajstopy  |                |        |         |              |       |        |
| 20   | pończochy   |                |        |         |              |       |        |
| 21   | buty  |                |        |         |              |       |        |
| 22   | guziki  |                |        |         |              |       |        |
| III. | <b>SPOŻYWANIE POSIŁKÓW</b>                              |                |        |         |              |       |        |
| 23   | jedzenie  |                |        |         |              |       |        |
| 24   | picie   |                |        |         |              |       |        |
| 25   | krojenie/ smarowanie                                    |                |        |         |              |       |        |
| IV.  | <b>AKTYWNOŚĆ MOBILNOŚĆ</b>                              |                |        |         |              |       |        |

| Lp. | S - samodzielny<br>P- przy pomocy<br>N – niesamodzielny | Przy przyjęciu |        |         | Przy wypisie |       |        |
|-----|---|----------------|--------|---------|--------------|-------|--------|
|     |   | S              | P      | N       | S            | P     | N      |
|     | <b>Poziom sprawności</b>                                | 0 pkt.         | 5 pkt. | 10 pkt. | 0 pkt.       | 5 pkt | 10 pkt |
| 26  | transfer  |                |        |         |              |       |        |
| 27  | łóżko-wózek   |                |        |         |              |       |        |
| 28  | przejsie pow. 50 metrów,<br>także z użyciem sprzętu     |                |        |         |              |       |        |
| 29  | chodzenie po schodach                                   |                |        |         |              |       |        |
| 30  | zmiana pozycji ciała                                    |                |        |         |              |       |        |
| 31  | równowaga i koordynacja                                 |                |        |         |              |       |        |
| V.  | <b>WYPEŁNIANIE WOLNEGO CZASU</b>                        |                |        |         |              |       |        |
| 32  | muzyka  |                |        |         |              |       |        |
| 33  | czytanie  |                |        |         |              |       |        |
| 34  | telewizja   |                |        |         |              |       |        |
| 35  | modlitwa  |                |        |         |              |       |        |
| 36  | arteterapia   |                |        |         |              |       |        |
| 37  | gry towarzyskie   |                |        |         |              |       |        |
| 38  | inne  |                |        |         |              |       |        |
|     | łącznie pkt.  |                |        |         |              |       |        |
|     | <b>RAZEM</b>  |                |        |         |              |       |        |

**Wskaźnik rezultatu:** różnica w punktach w dniu przyjęcia i w dniu wypisania

**Mierny** – do 50 pkt    **Dobry** – od 50 – 100 pkt    **Bardzo dobry** – powyżej 100 pkt

## **VII. Standard ustalania norm zatrudnienia**

**GRUPA A:** Standardy ogólne

**STANDARD:** Nr A / I / 2

**TEMAT:** **PRACOWNICY**

**PODTEMAT:** **Ustalanie norm zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów**

**DOTYCZY:** pielęgniarek i położnych oraz opiekunek pracujących w Centrum,

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 03. 2003r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.12.2003 / 10.05.2004r.

### **DEKLARACJA STANDARDU:**

Poprzez zatrudnianie odpowiedniej liczby kadry pielęgniarskiej i opiekuńczej, stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych, zapewniamy właściwy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W tym celu:

1. Przy obliczaniu norm zatrudnienia pielęgniarek stosujemy metody ustalania norm zatrudnienia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. Nr 99 z dnia 31 grudnia 1999r.)
2. Normy zatrudnienia opiekunów obliczamy na podstawie łącznego dobowego średniego czasu trwania czynności pielęgnacyjnych obliczanego zgodnie z Tabelą średnich czasów czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, będącą załącznikiem do niniejszego standardu.
3. Uwzględniamy specyfikę opieki długoterminowej, tj. niezdolność pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji oraz zasady postępowania zgodne z koncepcją pielęgnacji kompensacyjnej.
4. Stosujemy nowoczesny sprzęt ułatwiający pielęgnację osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i w podeszłym wieku.

4. Szkolimy pielęgniarki i opiekunki w zakresie metod pielęgnacyjnych i procedur pielęgnarskich, z uwzględnieniem ich niezbędności i efektywności.

#### **KRYTERIA STRUKTURY:**

1. W Centrum obowiązuje standard podstawowej pielęgnacji, oparty na koncepcji pielęgnacji kompensacyjnej, zawierający katalog świadczeń obejmujący 4 podstawowe grupy czynności pielęgnacyjnych tj. związanych z higieną ciała, pomocą w przyjmowaniu posiłków, z wydalaniem oraz podtrzymaniem mobilności, określający także częstotliwość i średni czas trwania poszczególnych czynności – załącznik .

2. Stosujemy dokumentację zawierającą wykaz czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, które są realizowane na rzecz pacjentów Centrum,

#### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA:**

1. Projekt minimalnych norm zatrudnienia opracowuje kierownik świadczeń zdrowotnych a zatwierdza dyrektor Centrum.

2. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i opiekunek uwzględniamy:

1) rodzaj, liczbę i czas trwania skatalogowanych świadczeń, wykonywanych przez pielęgniarki i opiekunki, bezpośrednio na rzecz pacjentów,

2) inne niż świadczenia bezpośrednie czynności i czas ich trwania, które są związane ze świadczeniami wykonywanymi na rzecz pacjentów,

3) 95% wykorzystanie łóżek,

4) efektywny czas pracy w Centrum,

5) wykonywanie dodatkowych obowiązków związanych z prowadzeniem szkoleń,

3. Normy zatrudnienia w przypadku gdy wszyscy pacjenci nie przekraczają 40 pkt w Skali Barthel nie mogą być niższe od 0,8 etatu na osobę.

#### **KRYTERIA WYNIKU:**

1. Minimalny czas w ciągu doby na podstawową pielęgnację na 1 pacjenta – 230 minut

2. Minimalny czas w ciągu doby na świadczenia pielęgnarskie związane z diagnozą i leczeniem – 35 minut

3. Minimalny czas w ciągu doby na prowadzenie dokumentacji – 10 minut

4. Liczba pielęgniarek i opiekunek w ciągu doby, adekwatnie do potrzeb.

5. Minimalna liczba etatów: 0,8 etatu na pacjenta.
6. Usługi zdrowotne w Centrum są świadczone na poziomie porównywalnym z innymi krajami zachodniej Europy.

**PROCEDURA Nr 1 do Standardu NR A / I / 2**

**do standardu Ustalanie norm zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów**

**Obliczanie średniego dobowego indywidualnego czasu pielęgnacji i opieki**

**PROCEDURĘ WPROWADZONO:** 1. 09. 2001r.

**Częstotliwość i średnie czasy trwania czynności**

obliczone na podstawie 6 miesięcznej praktyki w Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji „Niebieski Parasol” w Olsztynie

| p.        | Katalog świadczeń       | Wykaz czynności                 | Częstotliwość i średni czas wykonania czynności w minutach na dobę |
|-----------|-------------------------|---------------------------------|--|
| <b>I.</b> | <b>Higiena osobista</b> |                                 |  |
| 1         |                         | kąpiel w wannie                 | 28 min. x 1  |
| 2         |                         | prysznic                        | 20 min. x 1  |
| 3         |                         | mycie całego ciała              | 25 min.  |
| 4         |                         | mycie górnej połowy ciała       | 10 min.  |
| 5         |                         | mycie dolnej połowy ciała       | 15 min.  |
| 6         |                         | mycie rąk                       | 2 min. x 3   |
| 7         |                         | mycie twarzy                    | 2 min. x 3   |
| 8         |                         | mycie zębów lub protezy zębowej | 4 min. x 2   |
| 9         |                         | mycie i suszenie włosów         | 14 min. (raz w tygodniu w wymiarze dziennym 2 min.                 |
| 10        |                         | czesanie                        | 2 min. x 2   |

| Lp.        | Katalog świadczeń | Wykaz czynności   | Częstotliwość i średni czas wykonania czynności w minutach na dobę |
|------------|-------------------|---|--|
| 11         |                   | golenie   | 7 min. x 1   |
| 12         |                   | obcinanie paznokci  | 14 min. (raz na 2 tygodnie w wymiarze dziennym 1 min.              |
| 13         |                   | pomoc w korzystaniu z toalety lub krzesła sanitarnego   | 2 min. x 4   |
| 14         |                   | Pomoc w korzystaniu z kaczki, basenu  | 1 min. x 4   |
| 15         |                   | opróżnianie i dbanie o czystość sprzętu sanitarnego   | 2 min. x 4   |
| 16         |                   | częściowe rozbieranie i ubieranie w związku z czynnościami fizjologicznymi i higienicznymi.               | 5 min. x 4   |
| 17         |                   | higiena intymna po oddaniu moczu  | 2 min. x 4   |
| 18         |                   | higiena intymna po oddaniu stolca   | 6 min. x 1   |
| 19         |                   | zakładanie i wymiana środków pomocniczych w związku z nietrzymaniem moczu, stolca                         | 2 min. x 4   |
| 20         |                   | zakładanie i wymiana cewników zewnętrznych  | 3 min. x 2   |
| 21         |                   | zakładanie i wymiana worka stomijnego   | 4 min. x 2   |
| 22         |                   | zakładanie, opróżnianie i płukanie worka na mocz  | 3 min. x 2   |
| 23         |                   | zakładanie i wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku (np. wkładki menstruacyjne) indywidualnie | 2 min.   |
| 24         |                   | słanie łóżka, zmiana pościeli   | 5 min. x 2   |
| 25         |                   | wybór metod kompensowania utraconej sprawności  | 20 min (raz w tyg. w wymiarze dziennym 3 minuty                    |
| <b>II.</b> | <b>Żywnienie</b>  |   |  |
| 26         |                   | przygotowanie posiłków do spożycia  | 3 min. x 3   |

| Lp.         | Katalog świadczeń                        | Wykaz czynności   | Częstotliwość i średni czas wykonania czynności w minutach na dobę |
|-------------|--|---|--|
| 27          |  | karmienie   | 15 min. x 3  |
| 28          |  | ustalanie diety, częstotliwość i objętość posiłków, płynów                                      | 5 min. x 1   |
| 29          |  | przygotowanie napojów   | 2 min. x 3   |
| 30          |  | pojenie   | 1 min. x 6   |
| 31          |  | dbanie o czystość sprzętu i naczyń używanych do karmienia                                       | 3 min. x 3   |
| <b>III.</b> | <b>Poruszanie się</b>                    |   |  |
| 32          |  | kładzenie się i wstawanie z łóżka   | 2 min. x 2   |
| 33          |  | zmiana pozycji leżenia  | 1,5 min. x 12  |
| 34          |  | ubieranie całkowite   | 10 min. x 1  |
| 35          |  | rozbieranie całkowite   | 3 min. x 2   |
| 36          |  | transfer łóżko-fotel/krzesło sanitarny.   | 1,5 min. x 4   |
| 37          |  | chodzenie wewnątrz mieszkania, budynku, po powierzchniach płaskich (powyżej 8 metrów)           | 5 min. x 4   |
| 38          |  | przemieszczanie na wózku inwalidzkim wewnątrz mieszkania, budynku                               | 2 min. x 4   |
| 39          |  | schodzenie i wchodzenie po schodach   | indywidualnie  |
| 40          |  | stosowanie uzgodnień i sprzętu wspomagającego, przemieszczanie się, zabezpieczenie przed urazem | 2 min. x 4   |
| 41          |  | przemieszczanie na wózku inwalidzkim po mieszkaniu  | 2 min. x 4   |
| 42          |  | artykułowanie i ustalanie potrzeb   | 3 min. x 4   |
| <b>IV.</b>  | <b>Prowadzenie gospodarstwa domowego</b> |   |  |
| 43          |  | zakupy  | 35 min. (raz w tyg. w wymiarze dziennym)                           |



| Lp. | Katalog świadczeń | Wykaz czynności   | Częstotliwość i średni czas wykonania czynności w minutach na dobę |
|-----|-------------------|---|--|
| 44  |                   | gotowanie   | 30 min x 1   |
| 45  |                   | bieżące sprzątanie mieszkania   | 20 min. x 1  |
| 46  |                   | wymiana i pranie bielizny oraz  | 30 min. (raz w tygodniu  |
| 47  |                   | prasowanie odzieży  | w wymiarze dziennym 5 min.)  |
| 48  |                   | dbanie o właściwą temperaturę w mieszkaniu, w tym przynoszenie węgla, koku    | 15 min.  |
| 49  |                   | wychodzenie na zewnątrz budynku, mieszkania i wracanie                        | 20 min.  |
| 50  |                   | załatwianie spraw urzędowych, płacenie rachunków                              | 30 min. (raz w tygodniu w wymiarze dziennym 10 min.)               |
| 51  |                   | świadomość zagrożeń, obserwacja parametrów życiowych (temperatura, ciśnienie) | 5 min.   |

Czynniki utrudniające (wpływają na wydłużenie czasu opieki od 20 do 30%):

- 1) brak świadomości zagrożeń u pacjenta,
- 2) agresja,
- 3) rany, odleżyny, opatrunki,
- 4) konieczność prowokacji wydalania (zakładanie czopków, lewatywa, stymulacja pęcherza),
- 5) konieczność ciągłego odsysania
- 6) trudności w połykaniu

**I Stopień – niesamodzielność umiarkowana** - od 40 do 50 pkt,

Od 45 do 60 minut na pielęgnację podstawową oraz 45 minut na prowadzenie gospodarstwa domowego.

Pomoc musi być udzielona co najmniej 1 x dziennie w co najmniej dwóch czynnościach w wymienionych zakresach świadczeń dotyczących podstawowej pielęgnacji.

**II Stopień – niesamodzielność znaczna** - od 5 do 40 pkt,

Od 60 minut do 180 minut na pielęgnację podstawową oraz 90 min. na prowadzenie gospodarstwa domowego

Pomoc musi być udzielona co najmniej 3 x dziennie (o różnych porach dnia) w co najmniej kilku czynnościach w wymienionych zakresach świadczeń dot. podstawowej pielęgnacji.

**III Stopień – niesamodzielność całkowita** od 0 do do 5 pkt, powyżej 180 do 240 minut na pielęgnację podstawową oraz 90 minut na prowadzenie gospodarstwa domowego.

Pomoc musi być udzielana przez całą dobę o różnych porach w co najmniej dwóch czynnościach w wymienionych zakresach świadczeń dot. podstawowej pielęgnacji.

## **VIII. Standard pielęgnowania osoby umierającej i postępowania po jej zgonie**

**GRUPA B:** Standardy opieki

**STANDARD NR:** B / I / 10

**TEMAT:** Opieka długoterminowa

**PODTEMAT:** Standard pielęgnowania osoby umierającej i postępowania po jej zgonie

**DOTYCZY:** pielęgniarki, opiekunki

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01.10.2001r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 15.03.2003/

### **OŚWIADCZENIE STANDARDOWE:**

Zapewniamy warunki do godnego umierania. Umierający i jego bliscy otrzymają profesjonalną pomoc zespołu terapeutycznego. Traktujemy z szacunkiem ciało, umysł i duszę człowieka. Życzenia, potrzeby oraz prawa umierającego i jego rodziny mają centralne znaczenie i są spełniane jeżeli warunki Centrum pozwalają na ich spełnienie.

### **KRYTERIA STRUKTURY**

#### **1. Pracownicy:**

- 1) pielęgniarki, posiadają wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji,
- 2) pielęgniarki i opiekunowie mają wiedzę o umieraniu i umiejętności pielęgnowania człowieka umierającego oraz postępowania z jego ciałem po zgonie,
- 3) opiekunki posiadają wiedzę i umiejętności niezbędne do utrzymania higieny ciała i najbliższego otoczenia człowieka umierającego oraz wiedzą jak postępować z jego ciałem po zgonie,
- 4) psycholog posiada wiedzę o umieraniu i umiejętności wsparcia duchowego człowieka umierającego i jego bliskich,
- 5) duchowny, na wezwanie, zgodnie z życzeniem chorego,
- 6) lekarz na wezwanie w wypadku pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia symptomów zbliżającej się śmierci oraz do stwierdzenia zgonu,

## **2. Wyposażenie:**

1. Centrum spełnia wymogi fachowe i sanitarne określone przepisami prawnymi obowiązującymi zakłady opieki zdrowotnej:

- a) Centrum wyposażone jest w sprzęt do resuscytacji i podstawowe leki wzmacniające i podtrzymujące krążenie krwi.
- b) w salach pacjentów przy każdym łóżku jest parawan na szynach sufitowych, umożliwiający zachowanie intymności i odizolowanie od reszty chorych przebywających na sali,
- c) sprzęt do ślizgowego przemieszczania ciała z łóżka na specjalny wózek do przewożenia zwłok,
- d) wózek do przewożenia zwłok,
- e) materiały edukacyjne dot. umierania.

2. Centrum posiada kaplicę, gdzie przewozi się zwłoki na czas oczekiwania na przyjazd firmy pogrzebowej.

3. Centrum posiada spis wszystkich firm pogrzebowych działających na terenie miasta i udostępnia go rodzinie.

## **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. W sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia symptomów zbliżającej się śmierci powiadamy lekarza zakładu, a jeżeli jest nieobecny to wzywamy karetkę pogotowia i wdramy tryb postępowania obowiązujący przy zagrożeniu życia.

2. Powiadamy rodzinę i podajemy numer telefonu pod którym, przez całą dobę, rodzina może uzyskać aktualną informację o stanie zdrowia a także rozmawiać z pacjentem.

3. Jeżeli z uwagi na dotychczasowy przebieg choroby pacjenta, jego stan i wiek lekarz pogotowia uzna, że przewiezienie do szpitala jest nieuzasadnione medycznie to powiadamy osoby bliskie bezpośrednio związane z umierającym, że mogą przy nim czuwać aż do śmierci. Zapewniamy wygodne miejsce do siedzenia przy łóżku.

4. W komunikacji werbalnej przestrzegamy poniższych zasad:

- 1) pacjent ma prawo do wyrażania wszystkich uczuć,
- 2) stwarzamy aurę intymności i pozwalamy na zwierzenie się,

3) swoją postawą manifestujemy spokój, że mamy dla pacjenta czas i nie oceniamy tego co umierający mówi i z czego się zwierza,

4) nie ingerujemy w sposób prowadzenia rozmowy i jej treść, uznajemy, że człowiek zbliżający się do śmierci ma prawo do końca zachować autonomię i wolność wyboru,

5) nie zmieniamy sztucznie atmosfery ostatnich godzin życia,

6) w przypadku konieczności rozmowy z pacjentem i jego rodziną na temat śmierci, śmierć i umieranie przedstawiamy w następującej perspektywie:

a) jest to ostatnie doświadczenie, które spotka każdego człowieka,

b) umieranie jest czymś normalnym, to nie wypadek czy nieszczęście, które nie powinno się zdarzyć,

c) łatwiej się umiera jeżeli zaakceptuje się ten stan rzeczy, nie ma sensu walczyć ze śmiercią,

d) nie ma się czego bać:

- w przypadku ateistów, ateista wie, że to jest koniec jego egzystencji, a więc kończy się też całe cierpienie,

- w przypadku chrześcijanina, chrześcijanin wie, że na niego czeka Bóg, który powiedział o sobie, że jest Miłością,

e) jeżeli nie znamy odpowiedzi na pewne pytania, przyznajemy się do tego.

7) mamy świadomość, że pacjent często zadaje pytania nie oczekując odpowiedzi, on tylko dzieli się z nami swoimi wątpliwościami.

8) nie udajemy, nie wygłaszamy poglądów odbiegających od uznanej w naszym społeczeństwie filozofii i wiedzy medycznej czy teologicznej, nie wygłaszamy półprawd i nie mówimy o czymś o czym nie jesteśmy dogłębnie przekonani.

9) w rozmowie z umierającym doceniamy ciszę i unikamy paplaniny, która ma zatuszować powagę chwili i nieodwołalność następujących zdarzeń. Szanujemy decyzję chorego jeżeli rezygnuje z rozmów na rzecz rozmyślań i medytacji.

5. W komunikacji niewerbalnej:

1) jesteśmy świadomi jej pierwszorzędного znaczenia w sytuacji gdy pacjent nie może mówić lub mówi całkowicie niezrozumiale,

2) w miarę możliwości pielęgniarka lub opiekunka siedzi przy umierającym i trzyma go za rękę,

3) uspokajamy pacjenta swoją długą obecnością przy nim i mówieniem do niego spokojnym głosem,

4) adekwatnie do sytuacji reagujemy mimiką, gestykulacją, uśmiechem, dotykiem, głaskaniem.

#### **6. Postępowanie lecznicze:**

- 1) systematycznie, w krótkich odstępach czasu (około 30 minut) oceniamy stan pacjenta, kontrolujemy jego parametry życiowe, konsultujemy się z lekarzem,
- 2) staramy się zmniejszać cierpienie i podajemy zgodnie ze zleceniem lekarskim leki oraz stosujemy odsysanie i tlenoterapię oraz inne zlecone zabiegi,
- 3) wszystkie wątpliwości zgłaszamy kierownikowi świadczeń zdrowotnych, która w razie potrzeby konsultuje je z lekarzem.
- 4) wszystkie wykonane czynności lecznicze dokumentujemy zgodnie z obowiązującym w Centrum standardem dokumentacji.

#### **7. Pielęgnacja**

- 1) pacjenta umierającego pielęgnujemy zgodnie z obowiązującym w Centrum standardem podstawowej pielęgnacji, z tym, że mycie całego ciała i inne zabiegi higieniczne wykonujemy w łóżku, a podtrzymanie mobilności polega tylko na układaniu ciała w najdogodniejszej dla chorego pozycji,
  - 2) dietę płynną i napoje podajemy często, w małych ilościach, tak żeby pacjenta dodatkowo nie męczyć.
8. Pielęgniarka ustala z rodziną plan postępowania na wypadek śmierci pacjenta np. telefony kontaktowe, czy rodzina chce czuwać przy chorym, wezwanie księdza, pomoc w sporządzeniu testamentu, wybór firmy pogrzebowej, odbiór rzeczy osobistych zmarłego itp. Poczynione ustalenia są odnotowywane w dokumentacji pacjenta i przekazywane ustanie w trakcie raportu przy przekazywaniu dyżuru.

9. Przygotowanie bliskich na przeżywanie utraty i żałoby.

Pamiętamy, że jesteśmy słuchaczami, nie komentujemy, dyskretnie doradzamy. W rozmowach z rodziną podkreślamy, że żałoba jest pożegnaniem, które wymaga czasu.

#### **Po zgonie pacjenta:**

- 1) pielęgniarka dyżurna sprawdza parametry życiowe i stwierdza, że pacjent nie żyje,
- 2) otacza łóżko zmarłego parawanem i powiadamia lekarza o zgonie,
- 3) wspólnie z opiekunką wykonuje kolejno następujące czynności:

- a) zamyka delikatnie powieki zmarłego, jeżeli powieki podnoszą się to kładzie na nich wilgotne tamponiki usuwa wenflony, zgłębniki, opatrunki i inny sprzęt medyczny,
  - b) odnotowuje fakt śmierci w dokumentacji pacjenta,
  - c) wykonuje toaletę pośmiertną całego ciała, zakłada czyste pieluchomajtki,
  - d) podwiązuje żuchwę, jeżeli chory miał wyjętą protezę zębową to zakłada ją, gdyby wystąpiły trudności w jej założeniu to zabezpiecza protezę i wraz z ciałem przekazuje ją firmie pogrzebowej,
  - e) owija i okrywa ciało czystymi prześcieradłami,
- 4) po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, pielęgniarza:
- a) powiadamia rodzinę, układa zmarłego na wózku do przewożenia zwłok,
  - b) przykleja kartkę z imieniem i nazwiskiem, datą urodzenia i zgonu,
  - c) przewozi ciało do kaplicy, zapala świece,
  - d) sporządza spis rzeczy zmarłego i pakuje je do worka foliowego, przy odbiorze rzeczy przez rodzinę ponownie dokonuje ich przeglądu.
- 5) udostępniamy rodzinie telefon celem zamówienia firmy pogrzebowej lub na prośbę rodziny robi to pielęgniarza,
- 6) zwracamy rodzinie wszystkie rzeczy osoby zmarłej oraz część wniesionej miesięcznej opłaty za pobyt, proporcjonalnie do wykorzystania czasu pobytu w miesiącu w którym nastąpiła śmierć.

### **Podstawowe uwarunkowania udzielanego wsparcia:**

1. Pracownicy Centrum okazują rodzinie współczucie i reagują ze zrozumieniem na emocjonalne zachowanie będące wynikiem pierwszej i drugiej fazy żałoby:

1) **faza wstrząsu** – odrętwienie,

Osoba, której przekazaliśmy informacje o zgonie robi wrażenie, że wiadomość do niej nie dotarła, ma kamienną twarz bez wyrazu, wykonuje pewne czynności mechanicznie jak automat, wykazuje brak kontaktu z otoczeniem i zubożenie, nie dopuszcza do świadomości faktu śmierci. Często temu towarzyszą następujące objawy somatyczne: ucisk w gardle, krótki oddech lub sporadyczna utrata oddechu, uczucie ucisku w żołądku, ogólne osłabienie.

2) **faza sprzeciwu** - zaprzeczenie

Charakterystyczne jest ciągle powtarzanie, że nie mogło się to wydarzyć, towarzyszy temu płacz a niekiedy gwałtowny szloch. Najbliżsi członkowie rodziny obwiniają się,

że nie zrobili czegoś co by mogło tej śmierci zapobiec np. gdyby na czas zawieźli do szpitala to może by jaszczce żył bo przecież w szpitalu mają inne możliwości niż w Centrum Pielęgnacyjnym.

Pielęgniarka i opiekunka towarzyszące rodzinie w tej fazie żałoby muszą być przygotowane na manifestację gniewu, często zróżnicowanego i wielokierunkowego. Gniew ten będzie kierowany przeciw lekarzom, personelowi, który bezpośrednio opiekował się osobą zmarłą. Może on przybrać formę skargi na niewystarczającą opiekę i nieodpowiednie leczenie. Gniew może być wyrażany także wobec osoby zmarłej.

Postępowanie pielęgniarki lub opiekunki – nie wdajemy się w dyskusję, nie obrażamy się na osobę, która w rozpaczy niesprawiedliwie nas oskarża, informujemy, że opieka i leczenie przebiegały zgodnie z obowiązującym standardem i nie udowadniamy swoich racji, spokojnie wysłuchujemy, proponujemy ciepłą herbatę i podajemy ją w aneksie wypoczynkowym, zapewniamy spokój pozwalający na oswojenie się z myślą o śmierci najbliższego, następnie jeżeli rodzina sobie tego życzy, proponujemy towarzyszenie zmarłemu w kaplicy, gdzie rodzina może przebywać aż do momentu zabrania ciała przez firmę pogrzebową.

### **KRYTERIA WYNIKU:**

1. Pacjent wie, że wolno mu być sobą, że pracownicy Centrum chcą mu nieść pomoc w każdym wymiarze jego umierania, wie, że niczego nie musi udawać.
2. Pomogliśmy pacjentowi i jego rodzinie w rozwiązaniu wielu ważnych kwestii związanych z kresem życia np. niewyjaśnione problemy, sprawy spadkowe.
3. Umożliwiliśmy pacjentowi, poprzez cierpliwe wysłuchanie, podsumowanie jego życia.
4. Podjęliśmy próbę dowiedzenia się jakie są ostatnie życzenia osoby umierającej i w miarę możliwości staraliśmy się je wypełnić.
5. Nasz pacjent umierał w godnych warunkach, miał zapewnioną profesjonalną pielęgnację, wsparcie psychiczne i duchowe oraz świadczenia lecznicze ukierunkowane na ograniczanie cierpienia i innych przykrych objawów somatycznych.



## **IX. Standard terapii zajęciowej**

**GRUPA B:** Standardy opieki

**STANDARD:** Nr B / I / 5

**TEMAT:** Opieka długoterminowa

**PODTEMAT:** Terapia zajęciowa

**DOTYCZY:** pracowników Centrum, szczególnie terapeutów

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 07.05.2003r.

### **DEKLARACJA STANDARDU:**

Poprzez profesjonalne działania z zakresu ergoterapii i arteterapii dążymy do osiągnięcia przez pacjenta sprawności i samodzielności w zaspokajaniu własnych potrzeb.

W tym celu:

1. Ustalamy metody terapii zajęciowej odpowiednie do stanu pacjenta i jego potrzeb.
2. Szkolimy personel medyczny z zakresu ergoterapii.
3. Wyposażamy zakład w sprzęt do ergoterapii i arteterapii.
4. Prowadzimy analizę danych w aspekcie skuteczności działania.

### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. Terapia zajęciowa wchodzi w skład działu rehabilitacji, którym kieruje koordynator – magister rehabilitacji.
2. Merytoryczny nadzór nad terapią zajęciową sprawuje koordynator działu rehabilitacji.
3. Zatrudniamy personel terapeutyczny w liczbie adekwatnej do liczby pacjentów objętych ergoterapią oraz wolontariuszy z umiejętnościami mającymi zastosowanie.
4. Kwalifikacje terapeutów zajęciowych – studium terapii zajęciowej oraz mgr sztuki.
5. Personel posiada wiedzę z zakresu kompensowania utraconej sprawności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

6. Harmonogramy pracy terapeutów zajęciowych oraz przydział pacjentów ustala koordynator działu rehabilitacji.
7. Praca personelu zajmującego się terapią zajęciową przebiega w systemie jednozmianowym.
8. Wszystkie działania podjęte na rzecz pacjenta z zakresu terapii zajęciowej mają odzwierciedlenie w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej zgodnie ze standardem przyjętym w zakładzie.
9. Zakład jest wyposażony w sprzęt do terapii oraz odpowiednie pomieszczenia: 2 sale do ergoterapii, salę gimnastyczną oraz salę do twórczej aktywności terapeutycznej, świetlicę.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Rodzaj terapii dla danego pacjenta ustala koordynator działu rehabilitacji, wspólnie z terapeutami.
2. Postępy pacjentów w zakresie terapii są oceniane na bieżąco na każdym zebraniu zespołu terapeutycznego.
3. Rodzaj stosowanych w terapii technik uwzględnia możliwości fizyczne, cechy osobowościowe, zainteresowania chorego i jego zdolności.
4. W zakładzie jest prowadzona terapia zajęciowa grupowa i indywidualna.
5. W zakładzie stosujemy następujące rodzaje terapii:
  - 1) ergoterapię: celem terapii jest nauczenie osób niepełnosprawnych wykonywania czynności samoobsługowych we własnym zakresie, przekazywanie wiedzy o wszystkich dostępnych na rynku urządzeniach i sprzęcie wspomagającym w codziennych życiowych aktywnościach, informowanie opiekunów chorego o możliwościach wykonania we własnym zakresie różnych udogodnień umożliwiających pacjentowi codzienne funkcjonowanie i względnie samodzielne życie oraz informowanie ich o możliwościach uzyskania pomocy finansowej od instytucji wspierających osoby niepełnosprawne.
  - 2) terapię ruchem: celem jej jest wspomaganie metod stosowanych w kinezyterapii wpływających na poprawę uszkodzonych funkcji ruchowych, zwłaszcza funkcji manualnych dłoni.
  - 3) arteterapię: jej celem jest poznanie możliwości, zdolności i upodobań chorego, które można wykorzystać w prognozie i przekwalifikowaniu pacjenta do innego zawodu lub w dalszych etapach rehabilitacji.

4) terapię relaksacyjną: celem jej jest eliminowanie reakcji depresyjnych poprzez wypełnianie czasu zajęciami, które pacjent lubi i chętnie wykonuje.

6. Pracownicy realizują swoje zadania zgodnie ze standardem terapii zajęciowej, przestrzegając Karty Praw Pacjenta.

### **KRYTERIA WYNIKU:**

#### **1. Pacjent:**

- 1) czuje się bezpiecznie, ma wiedzę na temat postępowania rehabilitacyjnego,
- 2) zna zasady, które musi przestrzegać by podtrzymać efekty leczenia i usprawniania oraz wie o niezbędnym zakresie współpracy z personelem medycznym,
- 3) ma poczucie odpowiedzialności za swój los i zdrowie, współuczestniczy w podejmowaniu istotnych dla siebie decyzji,
- 4) wie jaki sprzęt poszerzy jego samodzielność i umie go używać,
- 5) zna zasady bezpiecznego przemieszczania się,
- 6) zna zasady zapobiegania odleżynom oraz postępowania w stanach nietrzymania moczu i stolca,
- 7) umie samodzielnie lub przy pomocy opiekuna zaspokajać czynności fizjologiczne,
- 8) wie na jaki zakres instytucjonalnej pomocy może liczyć po powrocie do domu.

#### **2. Rodzina lub opiekun pacjenta:**

- 1) zna możliwości fizyczne chorego i sposoby podtrzymania jego aktywności,
- 2) zna sposoby wypełniania czasu i podtrzymania aktywności dnia codziennego,

## **X. Standard podstawowej pielęgnacji**

### **GRUPA B: Standardy opieki**

**STANDARD: Nr B / I / 2**

**TEMAT: Opieka długoterminowa**

**PODTEMAT: Podstawowa pielęgnacja pacjenta**

**DOTYCZY:** Pielęgniarki, opiekunki

**STANDARD USTANOWIONO i WPROWADZONO:** 01. 09. 2000r.

**PRZEGLĄD I WERYFIKACJA STANDARDU:** 15.09.2001/ 07.05.2006/

### **OŚWIADCZENIE STANDARDOWE:**

Poprzez profesjonalną pielęgnację dążymy do utrzymania stabilnego stanu biologicznego pacjentów i zapobiegamy powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia, tj. odparzeniom, odleżynom, przykurczom, powikłaniom zakrzepowym oraz powikłaniom ze strony układu oddechowego, pokarmowego i moczowego.

### **ZAKRES: HIGIENA OSOBISTA**

#### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. Pielęgniarki i opiekunki posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania czynności higienicznych u pacjentów obłożnie chorych.
2. W Centrum znajdują się toalety przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.
3. Zakład jest wyposażony w sprzęt umożliwiający wykonywanie czynności higienicznych, tj.:
  - 1) cztery zintegrowane systemy do higieny osobistej (wanna z regulowaną elektrycznie wysokością zintegrowana z podnośnikiem (leżakiem) hydraulicznym),
  - 2) wanna jezdna zintegrowana z prysznicem,
  - 3) sześć kabin prysznicowych,

- 4) myjki prysznicowe do podmywania, montowane do baterii umywalkowych w pobliżu sedesów,
  - 5) łazienka z osprzętem sanitarnym o regulowanej elektrycznie wysokości,
  - 6) krzesła sanitarne, bez ograniczeń,
  - 7) umywalki na salach chorych, salach terapii i we wszystkich pomieszczeniach sanitarnych,
  - 8) podnośniki, bez ograniczeń,
  - 9) miski, dla każdego pacjenta do jego wyłącznego użytku,
4. Zakład jest wyposażony w materiały i środki pielęgnacyjne stosowane przy wykonywaniu czynności higienicznych, tj. pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkładki urologiczne, worki na mocz, worki stomijne, cewniki zewnętrzne , myjki, ręczniki.
5. Pacjent przyjęty do zakładu posiada własny zestaw środków sanitarno – higienicznych, takich jak szampon do włosów, mydło, szczoteczka i pasta do zębów, przybory do golenia, grzebień lub szczotka do włosów, ręczniki i kosmetyki pielęgnacyjne

#### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Podstawowa pielęgnacja w zakresie higieny osobistej pacjentów wykonywana przez pielęgniarki i opiekunki obejmuje:
  - 1) kąpiel w wannie 1 x na tydzień,
  - 2) mycie rąk i twarzy 3 x na dobę,
  - 3) toaletę jamy ustnej 2 x na dobę,
  - 4) czesanie 1 x dziennie,
  - 5) golenie 1 x na 2 dni,
  - 6) obcinanie paznokci 1x w miesiącu,
  - 7) mycie głowy 1x na tydzień,

- 8) toaletę okolic intymnych po oddaniu moczu i zmianę pieluchomajtek 4 x na dobę,
  - 9) toaletę okolic intymnych po oddaniu stolca i zmianę pieluchomajtek w zależności od potrzeb średnio 1 x na dobę,
  - 10) opróżnienie worka na mocz 2 x na dobę,
  - 11) zmianę worka stomijnego 2 x na dobę,
  - 12) założenie cewnika zewnętrznego 1 x na dobę po toalecie okolic intymnych,
  - 13) pomoc w WC – średnio 3x na dobę,
  - 14) zmianę pościeli w razie potrzeby, nie rzadziej niż raz na tydzień.
2. Podstawowa pielęgnacja w zakresie higieny osobistej wykonywana jest przez opiekunki samodzielnie ale na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarek,

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. Stan biologiczny pacjenta jest zadowalający.
2. U pacjenta nie występują powikłania wynikające z unieruchomienia, zwłaszcza odleżyny, odparzenia.
3. Pacjent jest czysty nie wyczuwa się zapachu potu, moczu czy stolca.

### **ZAKRES: ODŻYWIANIE**

#### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. W Centrum jest zatrudniona dietetyczka posiadająca wiedzę w zakresie odżywiania obłożnie chorych i stosowania diet specjalnych.
2. Pielęgniarki i opiekunki posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie sposobów odżywiania pacjentów obłożnie chorych.
3. W zakładzie jest wydzielone miejsce do spożywania posiłków przez pacjentów.
4. Zakład jest wyposażony w materiały i sprzęt umożliwiający właściwe odżywianie pacjentów, w tym:
  - 1) zgłębniki nosowo – żołądkowe różnych rozmiarów,

- 2) strzykawki do karmienia,
  - 3) pojniki,
  - 4) naczynia kuchenne,
  - 5) sztucce, także profilowane do potrzeb osób z przykurczami i brakiem chwytu precyzyjnego,
  - 6) tace i stoliki nałóżkowe,
  - 7) szafki przyłóżkowe z odkładanym blatem,
  - 8) waga krzeselkowa do kontroli wagi ciała pacjentów.
5. Pacjent karmiony przez gastrostomię zostaje przyjęty do zakładu po zaopatrzeniu w nią w oddziale chirurgicznym szpitala. W przypadku konieczności wymiany gastrostomii pacjent zostaje przewieziony do szpitala celem wykonania zabiegu.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Podstawowa pielęgnacja w zakresie odżywiania pacjentów, będąca w wyłącznej kompetencji pielęgniarki obejmuje:
  - 1) zakładanie sondy i karmienie przez zgłębnik 5 x na dobę,
  - 2) karmienie przez gastrostomię 5 x na dobę
2. Podstawowa pielęgnacja w zakresie odżywiania pacjentów przez opiekunki obejmuje:
  - 1) przygotowanie posiłku np. rozdrobnienie, posmarowanie kanapek 3 x na dobę,
  - 2) przygotowanie posiłku 3 x na dobę,
  - 3) pojenie 5 x na dobę, łącznie 2000 ml,
  - 4) karmienie 3 x na dobę,
  - 5) zebranie naczyń i dostarczenie do aneksów kuchennych,
  - 6) umycie i osuszenie naczyń osobistych pacjenta,

7) odnotowanie w dokumentacji istotnych informacji związanych z przyjmowaniem przez chorego napojów i jedzenia,

8) ważenie pacjenta i wpisanie wyniku do dokumentacji.

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. Stan odżywienia pacjenta jest prawidłowy.

2. U pacjenta nie występują powikłania wynikające z niewłaściwego odżywienia organizmu, zwłaszcza odleżyny.

### **ZAKRES: MOBILNOŚĆ**

#### **KRYTERIA STRUKTURY**

1. Pielęgniarki i opiekunki posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie aktywizacji, podnoszenia i przemieszczania pacjentów obłożnie chorych.

2. Zakład jest wyposażony w sprzęt do ułożenia pacjentów w łóżku, podnoszenia i przemieszczania, w tym:

1) podnośniki, na każdej Sali,

2) sprzęt do ślizgowego przemieszczania tzw. łatwoślizgi, na każdej sali,

3) podkładka obrotowa pod stopy,

4) podkładki oporowe pod stopy,

5) wózki inwalidzkie, bez ograniczeń, odpowiednio do potrzeb,

6) chodziki, balkoniki, laski, kule itp., bez ograniczeń, odpowiednio do potrzeb,

7) łóżka o regulowanej elektrycznie wysokości,

8) boczne barierki metalowe przyłóżkowe,

9) metalowe wsięgniki,

10) drabinki przyłóżkowe,

11) udogodnienia, np. wałki, podkładki itp.



3. W Centrum jest prowadzona karta zmiany pozycji ciała – indywidualnie dla każdego z pacjentów, karta znajduje się przy łóżku pacjenta.

### **KRYTERIA POSTĘPOWANIA**

1. Podstawowa pielęgnacja w zakresie mobilności pacjentów wykonywana przez pielęgniarki i opiekunki obejmuje:

- 1) zmianę pozycji ciała w łóżku w razie potrzeby, nie rzadziej niż co 1 godzinę,
- 2) przemieszczanie łóżko / wózek 4 x na dobę,
- 3) asystowanie przy chodzeniu/ przewożenie wózkiem 4 x na dobę,
- 4) ubieranie 1 x na dobę,
- 5) rozbieranie 1 x na dobę,
- 6) częściowe rozbieranie w związku z czynnościami fizjologicznymi,

2. Stosuje się naprzemiennie następujące pozycje ułożeniowe pacjenta w łóżku: na plecach, na boku, na brzuchu, siedząca półwysoka, siedząca wysoka, siedząca z opuszczonymi nogami i inne pozycje wskazane przez lekarza, pielęgniarkę czy fizjoterapeutę.

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. Pacjent jest aktywizowany w zależności od stanu zdrowia.
2. U pacjenta nie występują powikłania wynikające z długotrwałego unieruchomienia, zwłaszcza odleżyny, odparzenia, przykurcze, zaburzenia układu oddechowego, pokarmowego, itd.

## **XI. Zasady działania Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego „Niebieski Parasol” w Olsztynie**

### **1. Rodzaje udostępnianego sprzętu i urządzeń pomocniczych**

Wypożyczalnia oferuje sprzęt, szczególnie przydatny we wczesnej fazie utraty sprawności, warunkujący szybki powrót do aktywności osobistej i społecznej, a także zawodowej w tym:

- 1) Sprzęt rehabilitacyjny, w tym: wózki do aktywnej rehabilitacji, pionizatory, rowery rehabilitacyjne, rotory do ćwiczeń czynno-oporowych kończyn dolnych i górnych, poręcze do nauki chodzenia, piłki rehabilitacyjne, wałki rehabilitacyjne
- 2) Sprzęt wspomagający, w tym: wózki inwalidzkie, chodziki trójkołowe składane, chodziki z siedziskiem, balkoniki, podpórki, laski, kule: łokciowe, pachowe, kule typu trójnóg, czwórnóg, podnośniki jezdne, podnośniki wewnątrzwannowe, blaty nakładane na poręcze wózków inwalidzkich, sprzęt do ślizgowego przemieszczania osób unieruchomionych, chwytaki,
- 3) Sprzęt pielęgnacyjny, w tym: łóżka pielęgnacyjno-rehabilitacyjne, wysięgniki, ssaki, krzesła sanitarne, nakładki na sedes z uchwyty, nakładki na wannę, stoliki przyłóżkowe i nałóżkowe, materace i poduszki przeciwoleżynowe.

### **2. Klienci Wypożyczalni**

- 1) wszyscy uczestnicy projektu badawczego, wykonujący zadania zgodnie z zasadami pielęgnacji kompensacyjnej,
- 2) osoby, które mają pogorszoną sprawność ruchową w zakresie samoobsługi, odpowiednio do ich potrzeb z uwzględnieniem rodzaju i poziomu ich niepełnosprawności,
- 3) opiekunowie osób niepełnosprawnych,
- 4) Wypożyczalnia swoją ofertę kieruje do osób z ograniczoną zdolnością do samodzielnego poruszania się, które w związku z dysfunkcją narządu ruchu potrzebują różnego rodzaju sprzęt kompensującego utraconą sprawność w zakresie utrzymania codziennej aktywności życiowej, a szczególnie w zakresie: komunikowania,

przemieszczania, aktywności fizycznej i społecznej, przyjmowania posiłków, zabezpieczenia potrzeb fizjologicznych, higieny osobistej, snu i odpoczynku, aktywnego spędzania wolnego czasu, profilaktyki zagrożeń.

### **3. Warunki udostępniania sprzętu i urządzeń pomocniczych**

- 1) Osoba zgłaszająca się do Stowarzyszenia z potrzebą wypożyczenia sprzętu jest przyjęta przez koordynatora Wypożyczalni,
- 2) koordynator wprowadza dane tej osoby do rejestru, informuje o zasadach działania Wypożyczalni i kieruje klienta do wskazanego fizjoterapeuty,
- 3) fizjoterapeuta, w oparciu o dostarczone informacje medyczne i socjalne, rozpoznaje potrzeby osoby niepełnosprawnej i ustala rodzaj niezbędnego sprzętu,
- 4) fizjoterapeuta kontaktuje się z pracownikiem wypożyczalni lub konserwatorem, szczegółowo określając rodzaj wypożyczanego sprzętu, termin odbioru i czas na jaki sprzęt będzie wypożyczony. Udziela osobie niepełnosprawnej lub jej opiekunowi rad i przekazuje instrukcje o zasadach prawidłowego i bezpiecznego używania wypożyczonego sprzętu.
- 5) jeżeli fizjoterapeuta uzna, że sytuacja zdrowotna pacjenta uzasadnia konieczność wykształcenia umiejętności obsługi wypożyczonego sprzętu i przeprowadzenia treningów samoobsługi z użyciem tego sprzętu, to ustala z osobą niepełnosprawną i jej opiekunem indywidualny proces usprawniania w ramach Programu PARTNER,
- 6) zakłada się, że w miarę następowania zmian w zakresie sprawności będzie następowała wymiana sprzętu, adekwatnie do potrzeb klienta,
- 7) w celu ustanowienia zabezpieczenia udostępnionego sprzętu z osobą wypożyczającą zawiera się umowę użyczenia. Umowa zawiera dane osoby wypożyczającej sprzęt, opis sprzętu, jego aktualną wartość, zobowiązanie osoby wypożyczającej do zwrotu sprzętu w określonym terminie i w nie pogorszonym stanie oraz zobowiązanie do pokrycia, we własnym zakresie, kosztów napraw sprzętu uszkodzonego w trakcie użytkowania.

Umowa wypożyczenia zawiera także oświadczenie, że osoba wypożyczająca sprzęt zapoznała się z zasadami jego bezpiecznego i prawidłowego użytkowania.

8) pracownicy Wypożyczalni sprawdzają czy osoba zgłaszająca się z potrzebą wypożyczenia sprzętu ma orzeczenie o niepełnosprawności i przekazują niezbędne informacje o prawach osób niepełnosprawnych oraz o możliwościach i warunkach korzystania z polskiego systemu wsparcia społecznego,

#### **4. Zasady ewidencjonowania usług**

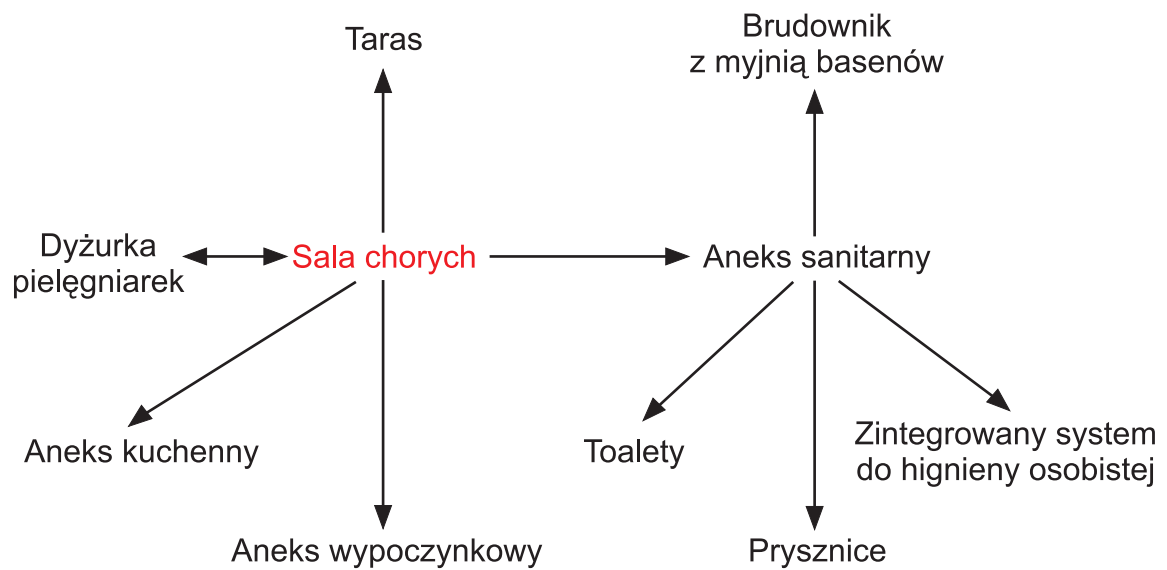
1. Koordynator Wypożyczalni prowadzi pełną dokumentację Wypożyczalni w formie elektronicznej i na bieżąco aktualizuje stan magazynu oraz ewidencjonuje usługi.

Ewidencjonowanie będzie prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. W formie pisemnej gromadzone i przechowywane są umowy wypożyczenia.

# Dokumentacja zdjęciowa modelu badawczego.

## Moduł pielęgnacyjny



## Aneks sanitarny



## Aneks sanitarny



Sala chorych dziesięciołóżkowa (9) i czterołóżkowa (10)





Sala chorych (11) sala z widokiem na dyżurkę pielęgniarską (12)



## Aneksy wypoczynkowe



Magazyn do przechowywania sprzętu wspomagającego i pielęgnacyjnego



Podnośnik do przemieszczania (17)  
i inny sprzęt wspomagający poruszanie się pacjentów (18)



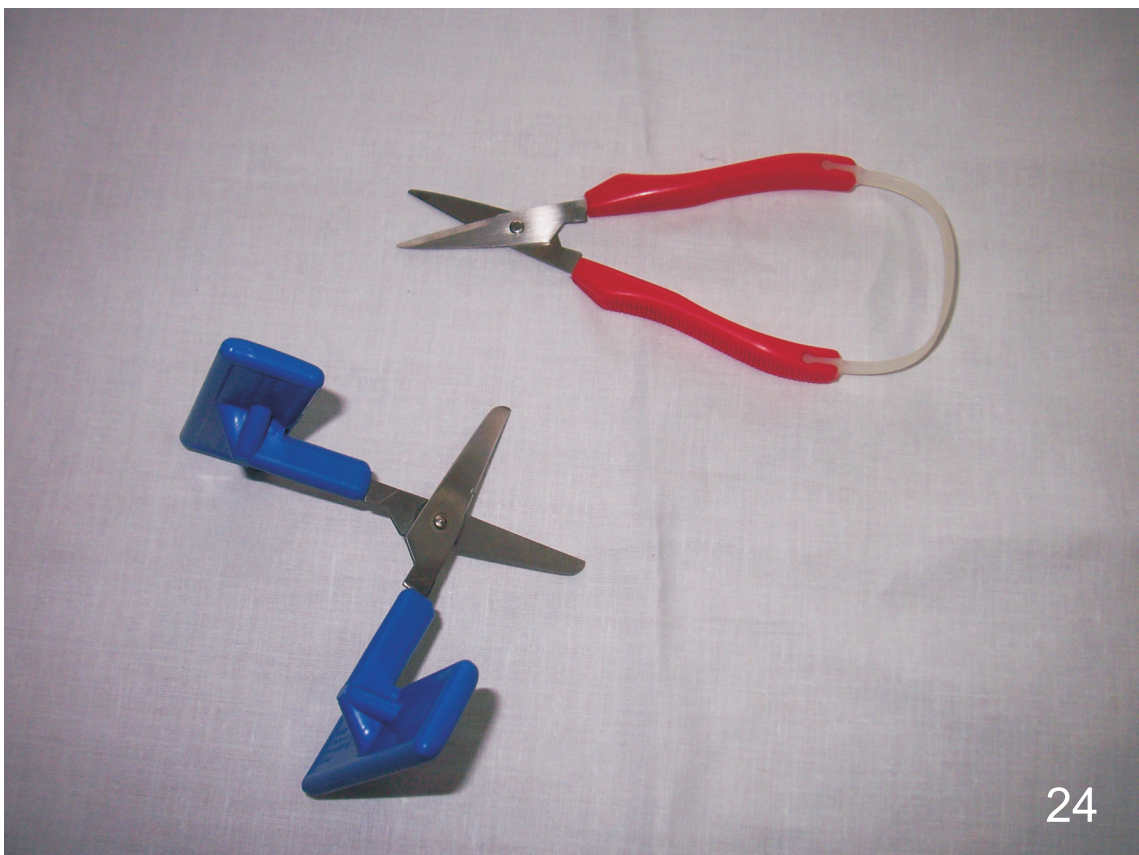
Sprzęt wspomagający osoby z niesprawnymi rękami przy jedzeniu



Sprzęt od higieny osobistej ( 21) i chwytaki (22)  
dla osób mających niesprawne ręce



Sztućce i nożyczki dostosowane do potrzeb osób mających niesprawne ręce.



Sztućce dostosowane do potrzeb osób mających niesprawne ręce





Olsztyn, dn .....

**WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI****1. DANE PERSONALNE OSOBY UBIELAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU**

Nazwisko: .....

Imiona: .....

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia: .....

Nr ewidencyjny PESEL: .....

Stan cywilny: .....

Adres: .....

Miejscowość: .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Nr telefonu: .....

Kontakt z opiekunem (rodziną): .....

**2. DANE OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ WYWIAD**

Podmiot uprawniony do przeprowadzania wywiadu: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

**I. WYWIAD ŚRODOWISKOWY****1. Struktura rodziny**

| Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie |                 |      |              |                       |                    |              |
|---|-----------------|------|--------------|-----------------------|--------------------|--------------|
| Lp.   | Imię i nazwisko | Wiek | Stan cywilny | Stopień pokrewieństwa | Aktywność zawodowa | Stan zdrowia |
|   |                 |      |              |                       |                    |              |

| Pozostali członkowie rodziny |                 |      |                       |                      |                 |
|------------------------------|-----------------|------|-----------------------|----------------------|-----------------|
| Lp.                          | Imię i nazwisko | Wiek | Stopień pokrewieństwa | Miejsce zamieszkania | Zakres wsparcia |
|                              |                 |      |                       |                      |                 |

### 1. Sytuacja mieszkaniowa podopiecznego

|   |   |   |   |  |   |
|---|---|---|---|--|---|
| Oddzielne mieszkanie  | 0 | oddzielny pokój   | 2 | pokój wspólny z innymi osobami .....   | 4 |
| Usytuowanie mieszkania-parter   | 0 | powyżej parteru z windą   | 2 | powyżej parteru bez windy  | 3 |
| Ogrzewanie CO   | 0 | ogrzewanie węglowe  | 2 | brak stałego ogrzewania  | 3 |
| Pełny dostęp do łazienki  | 0 | ograniczony dostęp do łazienki  | 2 | brak łazienki  | 3 |
| Pełny dostęp do WC  | 0 | ograniczony dostęp do WC  | 2 | brak stałego dostępu do WC   | 3 |
| Pełny dostęp do kuchni  | 0 | ograniczony dostęp do kuchni  | 2 | brak dostępu do kuchni   | 3 |
| Warunki higieniczne bardzo dobre - mieszkanie/pokój (czyste, suche, widne, przestronne)       | 0 | warunki higieniczne zadowalające - (pokój dość czysty, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronny ..... | 2 | warunki higieniczne złe - (pokój zaniedbany, wilgotny, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni) | 3 |
| Adaptacja mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej (lub nie zachodzi potrzeba adaptacji) | 0 | częściowe przystosowanie mieszkania   | 2 | mieszkanie nieprzystosowane  | 3 |
| <b>Razem pkt</b>  |   |   |   |  |   |

\* właściwe podkreślić

- a) sytuacja b. dobra 0-4 pkt kategoria A
- b) sytuacja zadowalająca od 5 do 10 pkt kategoria B
- c) sytuacja zła od 11 do 25 pkt kategoria C.

### II. Ocena problemów pielęgnacyjnych

| Zakres wymaganej opieki                                | Kategoria |
|--|-----------|
| nie wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej               | A         |
| wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej                   | B         |
| wymaga kompleksowej, intensywnej opieki pielęgnarskiej | C         |

### III. Ocena wydolności opiekuńczej rodziny/środowiska

| Zakres sprawowanej opieki                                      | Kategoria |
|--|-----------|
| pełna wydolność opiekuńcza rodziny                             | A         |
| niepełna wydolność opiekuńcza rodziny                          | A         |
| brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych | A         |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Uzasadnienie kwalifikacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 (data i podpis osoby kierowanej do zakładu  
 lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....  
 podpis pielęgnarki

pieczęć zakładu

data wywiadu

## KARTA WYWIADU

| DANE OGÓLNE PACJENTA   |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| Imię   |   | Nazwisko  |  |   |
| Pesel  |   | Przynależność do oddziału NFZ w   |  |   |
| Adres zamieszkania   |   |   |  |   |
| Rozpoznanie lekarskie (ICD – 10)                                     |   |   |  |   |
| Choroby współistniejące  |   |   |  |   |
| Przebyte choroby i operacje  |   |   |  |   |
| Główne dolegliwości  |   |   |  |   |
| Przyjmowane leki   |   |   |  |   |
| SYTUACJA SPOŁECZNA   |   |   |  |   |
| Rodzina zamieszkująca wspólnie z pacjentem *                         |   |   |  |   |
| Żona<br><input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie | Mąż<br><input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie | Rodzice<br><input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie | Dzieci<br><input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie | Samotność<br><input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie |
| Przynależność religijna  |   |   |  |   |
| Sytuacja rodzinna  |   |   |  |   |
| Warunki mieszkaniowe   |   |   |  |   |
| Zawód  |   |   |  |   |
| Sytuacja finansowa   |   |   |  |   |
| Zainteresowania, sposób spędzania wolnego czasu                      |   |   |  |   |

\* właściwe zakreślić

| OCENA PACJENTA           |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| Stan psychiczny pacjenta |  |  |  |
| Kontakt słowny           | Rzeczowy <input type="checkbox"/><br>Powierzchniowy <input type="checkbox"/>   | Wymuszony <input type="checkbox"/><br>Ograniczony <input type="checkbox"/>                         | Bez kontaktu <input type="checkbox"/>  |
| Mowa                     | Głośnie <input type="checkbox"/><br>Cicha <input type="checkbox"/>   | Powolna <input type="checkbox"/><br>Szybka <input type="checkbox"/>                                | Niewyraźna <input type="checkbox"/><br>Porozumiewanie się na piśmie <input type="checkbox"/> |
| Formy wypowiedzi treści  | Poprawna <input type="checkbox"/><br>Trudności w budowie zdań <input type="checkbox"/>   | Pojedyncze wyrazy <input type="checkbox"/><br>Oderwanie od treści rozmowy <input type="checkbox"/> | Gesty <input type="checkbox"/>   |
| Zachowanie               | Spokojne <input type="checkbox"/> / Swobodne <input type="checkbox"/> / Niespokojne <input type="checkbox"/> / Lękliwe <input type="checkbox"/> / Agresywne <input type="checkbox"/> / Apatia <input type="checkbox"/>   |  |  |
| Nastrój                  | Dostosowany do sytuacji <input type="checkbox"/> / Pogodny <input type="checkbox"/> / Euforyczny <input type="checkbox"/> / Obniżony <input type="checkbox"/> /<br>Placziwy <input type="checkbox"/> / Depresyjny <input type="checkbox"/> / Nieufny <input type="checkbox"/> / Niespokojny <input type="checkbox"/> |  |  |
| Mimika i gestykulacja    | Żywa <input type="checkbox"/> / Opanowana <input type="checkbox"/> / Uboga <input type="checkbox"/> / Grymasy <input type="checkbox"/> / Tiki <input type="checkbox"/>   |  |  |
| Uwaga/koncentracja       | Skupiona <input type="checkbox"/> / Trudność w skupieniu uwagi <input type="checkbox"/> / Całkowita dekoncentracja <input type="checkbox"/>  |  |  |
| Pamięć                   | Bez zaburzeń <input type="checkbox"/> / Trudność w zapamiętywaniu <input type="checkbox"/> / Nie pamięta zdarzeń przeszłych <input type="checkbox"/> /<br>Nie pamięta zdarzeń świeżych <input type="checkbox"/> / Luki pamięciowe <input type="checkbox"/> / Konfabulacje <input type="checkbox"/>                   |  |  |

| OBJAWY / ELEMENTY OCENY   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
| Układ oddechowy   | Oddech:   | prawidłowy <input type="checkbox"/><br>pogłębiony <input type="checkbox"/><br>liczba oddechów ..... | przyśpieszony <input type="checkbox"/><br>stridor <input type="checkbox"/> | zwolniony <input type="checkbox"/><br>przez nos <input type="checkbox"/> | sptycony<br>przez usta                                   |
|   | Plwocina:   | śluzowa <input type="checkbox"/>  | pienista <input type="checkbox"/>  | ropna <input type="checkbox"/>   | krwista <input type="checkbox"/>                         |
|   | Kaszel:   | suchy <input type="checkbox"/>  | wilgotny <input type="checkbox"/>  | stały <input type="checkbox"/>   | napadowy <input type="checkbox"/>                        |
|   | Wydzielina w drzewie oskrzelowym: charakter ..... |   |  |  |  |
| Możliwość odkrztuszenia .....   |   |   |  |  |  |
| Tracheostomia <input type="checkbox"/>  |   |   |  |  |  |
| Duszność: spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> |   |   |  |  |  |
| Układ krążenia  | Tętno:  | prawidłowe <input type="checkbox"/> .....   | zab. rytmu <input type="checkbox"/>  | bradykardia <input type="checkbox"/>                                     | tachykardia <input type="checkbox"/>                     |
|   | RR .....  |   |  |  |  |
|   | Perfuzja obwodowa:                                | prawidłowa <input type="checkbox"/>   | zaburzona <input type="checkbox"/>   | zimny pot <input type="checkbox"/>                                       | ochłodzenie<br>skóra marmurkowa <input type="checkbox"/> |
|   | Obrzęki:  | uogólnione <input type="checkbox"/>   | miejscowe <input type="checkbox"/>   | stałe <input type="checkbox"/>   | okresowe <input type="checkbox"/>                        |
| Omdlenia: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>               |   |   |  |  |  |
| Układ pokarmowy   | Ciężar ciała:                                     | prawidłowy <input type="checkbox"/>   | niedowaga <input type="checkbox"/>   | nadwaga <input type="checkbox"/>   | otyłość <input type="checkbox"/>                         |
|   | Jama<br>ustna:                                    | owrzodzenia <input type="checkbox"/><br>suchość w jamie ustnej <input type="checkbox"/>             | pleśniawki <input type="checkbox"/>  | język obłożony <input type="checkbox"/>                                  | inne <input type="checkbox"/>                            |
|   | Apetyt:   | prawidłowy <input type="checkbox"/>   | wzmoczony <input type="checkbox"/>   | zmniejszony <input type="checkbox"/>                                     | brak <input type="checkbox"/>                            |
|   | Pragnienie:                                       | prawidłowe <input type="checkbox"/>   | wzmoczone <input type="checkbox"/>   | zmniejszone <input type="checkbox"/>                                     |  |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
|                               | Wydalanie: prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcie <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/><br>Niemożliwość utrzymania stolca <input type="checkbox"/> sztuczny odbył <input type="checkbox"/><br>Ileostomia <input type="checkbox"/>  |
|                               | Dolegliwości: trudności w połykaniu <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/><br>nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>   |
|                               | Odżywianie: samodzielne <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> karmienie <input type="checkbox"/><br>Stosowanie zgłębnika do odżywiania <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/>  |
|                               | Dieta .....   |
|                               | .....   |
|                               | .....   |
| Układ moczowo-płciowy         | Mocz ilość: norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz <input type="checkbox"/><br>Trudności w oddawaniu moczu: utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/><br>nietrzymanie <input type="checkbox"/> cewnik <input type="checkbox"/> cystostomia nadłonowa <input type="checkbox"/>   |
|                               | Dotyczy kobiety: Cykl miesięczkowy: regularny <input type="checkbox"/> nieregularny <input type="checkbox"/><br>Krwawienie miesięczkowe: bolesne <input type="checkbox"/> niebolesne <input type="checkbox"/> obfite <input type="checkbox"/><br>mierne <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/>  |
|                               | Ostatnie badanie ginekologiczne:  |
|                               | Piersi: usunięcie gruczołu piersiowego jednostronne <input type="checkbox"/><br>usunięcie gruczołu piersiowego obustronne <input type="checkbox"/><br>zastosowanie protezy <input type="checkbox"/> obrzęk limfatyczny <input type="checkbox"/>   |
| Układ mięśniowo - szkieletowy | Ruchomość: chodzący <input type="checkbox"/> (bez pomocy, przy pomocy sprzętu, drugiej osoby *)<br>całkowite leżenie w łóżku <input type="checkbox"/> leżenie w łóżku z możliwością wstania do łazienki <input type="checkbox"/><br>możliwość zmiany pozycji <input type="checkbox"/><br>* właściwe zakreślić   |
|                               | Ruchomość w stawach: pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/>  |
|                               | Postawa ciała: prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa <input type="checkbox"/>   |
|                               | Napięcie mięśni: prawidłowe <input type="checkbox"/> skurcz <input type="checkbox"/> przykurcz <input type="checkbox"/> zwiotczenie <input type="checkbox"/>  |
|                               | Porażenie: hemiplegia <input type="checkbox"/> paraplegia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/>   |
|                               | Brak kończyny: umiejscowienie <input type="checkbox"/> wysokość amputacji .....   |
|                               | Proteza <input type="checkbox"/> użycie i efektywność protezy .....   |
|                               | .....   |
|                               | Uwagi   |
| Inne                          | Słuch: prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/><br>Wzrok: prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/><br>Inne: obrzęki <input type="checkbox"/> zaczerwienienia <input type="checkbox"/><br>Świadomość: pełna <input type="checkbox"/> senność <input type="checkbox"/> zamroczenie <input type="checkbox"/> stan przedśpiączkowy <input type="checkbox"/><br>śpiączka <input type="checkbox"/><br>Sen: prawidłowy <input type="checkbox"/> nieprawidłowy <input type="checkbox"/><br>zaburzenia ..... |
|                               | Skóra: czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/><br>blada <input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/><br>zażółcona <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/><br>sinicza <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/><br>zmiany chorobowe .....   |

|   |  |
|---|--|
| Odleżyny / rany przewlekłe                            | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ■ ocena ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton - ilość punktów ..... |
|   | ■ stopień ..... ■ umiejscowienie .....<br>.....<br>.....<br>Dotychczasowe leczenie<br>.....<br>.....<br>.....                      |
| Dolegliwości bólowe                                   | Umiejscowienie .....<br>Charakter .....<br>Nasilenie .....<br>Inne .....   |
| Stosunek pacjenta do:                                 |  |
| choroby .....   |  |
| pielęgowania .....                                    |  |
| leczenia .....  |  |
| Inne  |  |
| Ocena końcowa stanu pacjenta – diagnoza pielęgniarska |  |

.....  
 podpis pielęgniarki

## KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel.

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Pesel: .....

| Lp                            | Nazwa czynności *   | Wartość punktowa ** |
|-------------------------------|---|---------------------|
| 1.                            | Spożywanie posiłków<br>0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść,<br>5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp.<br>10 = samodzielny, niezależny   |                     |
| 2.                            | Przemieszczanie się ( z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie )<br>0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu<br>5 = większa pomoc ( w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć<br>10 = mniejsza pomoc ( słowna, fizyczna)<br>15 = samodzielny                                    |                     |
| 3.                            | Utrzymanie higieny osobistej<br>0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych<br>5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu ( z zapewnionymi pomocami)  |                     |
| 4.                            | Korzystanie z toalety ( WC )<br>0 = zależny<br>5 = częściowo potrzebuje pomocy<br>10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby   |                     |
| 5.                            | Mycie, kąpiel całego ciała<br>0 = zależny<br>5 = niezależny   |                     |
| 6.                            | Poruszanie się ( po powierzchniach płaskich )<br>0 = nie porusza się samodzielnie lu zależny na wózku<br>5 = do 50 m. za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku<br>10 = spaceruje z pomocą jednej osoby > 50 m.<br>15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego - powyżej 50 m. |                     |
| 7.                            | Wchodzenie i schodzenie po schodach<br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje częściowej pomocy<br>10 = samodzielny  |                     |
| 8.                            | Ubieranie i rozbieranie się<br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje częściowej pomocy<br>10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itd.   |                     |
| 9.                            | Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu<br>0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność spowodowania wydalania<br>5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca<br>10 = kontroluje oddawanie stolca  |                     |
| 10.                           | Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego<br>0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany<br>5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu<br>10 = kontroluje oddawanie moczu  |                     |
| <b>Wynik kwalifikacji ***</b> |   |                     |

\* należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

### 2. Pacjent wymaga <sup>1</sup>:

- kroplowe wlewy dożylnie wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywanie opatrunków ( rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi )
- karmienie przez zgłębnik
- karmienie przez przetokę
- pielęgnacja przetoki
- założenie i usunięcie cewnika ( stałe zlecenie lekarskie)
- płukanie pęcherza moczowego
- pielęgnacja rurki tracheostomijnej

### 3. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga <sup>1</sup> pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

.....  
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki opieki długoterminowej

<sup>1</sup> właściwe skreślić

**KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN  
I PODJĘTYCH WZDRAŻNYCH DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH**

Nazwisko ..... Imię ..... Wiek .....

Data przyjęcia: ..... /  ze szpitala /  z domu  inne .....

Przyjęty:  bez odleżyn /  z odleżynami - data wystąpienia odleżyny: .....

Rozpoznanie lekarskie: .....

Diagnoza pielęgniarska: .....

Pielęgniarka prowadząca: .....

**\*OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN**

| SKALA NORTON   |                                |                          |  |                               |
|--|--------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|
| Czynnik ryzyka / liczba punktów                      | 4                              | 3                        | 2                                      | 1                             |
| <b>A</b> Stan fizyczny                               | Dobry                          | Dość dobry               | Średni                                 | Bardzo ciężki                 |
| <b>B</b> Stan świadomości                            | Pełna przytomność i świadomość | Apatia                   | Zaburzenia świadomości                 | Stupor lub śpiączka           |
| <b>C</b> Aktywność (zdolność przemieszczania)        | Chodzi samodzielnie            | Chodzi z asystą          | Porusza się tylko na wózku inwalidzkim | Stale pozostaje w łóżku       |
| <b>D</b> Stopień samodzielności przy zmianie pozycji | Pełna                          | Ograniczona              | Bardzo ograniczona                     | Całkowita niesprawność        |
| <b>E</b> Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej  | Pełna sprawność zwieraczy      | Sporadyczne moczenie się | Zazwyczaj nietrzymanie moczu           | Całkowite nietrzymanie stolca |

**RYZYKO ROZWOJU ODLEŻYN STWIERDZA SIĘ U PACJENTA Z WYNIKIEM RÓWNYM 14 PUNKTÓW LUB NIŻSZYM**

| LP  | DATA BADANIA | IŁOŚĆ PUNKTÓW |
|-----|--------------|---------------|
| 1.  |              |               |
| 2.  |              |               |
| 3.  |              |               |
| 4.  |              |               |
| 5.  |              |               |
| 6.  |              |               |
| 7.  |              |               |
| 8.  |              |               |
| 9.  |              |               |
| 10. |              |               |

\* Ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn dokonywać 1x na tydzień

**PODEJMOWANE WZDRAŻNE DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE**

| LP  | DATA | IŁOŚĆ PUNKTÓW | STOPIEŃ ODLEŻYNY | RODZAJ PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ | PODPIS PIEŁĘGNIARKI |
|-----|------|---------------|------------------|------------------------------|---------------------|
| 1.  |      |               |                  |                              |                     |
| 2.  |      |               |                  |                              |                     |
| 3.  |      |               |                  |                              |                     |
| 4.  |      |               |                  |                              |                     |
| 5.  |      |               |                  |                              |                     |
| 6.  |      |               |                  |                              |                     |
| 7.  |      |               |                  |                              |                     |
| 8.  |      |               |                  |                              |                     |
| 9.  |      |               |                  |                              |                     |
| 10. |      |               |                  |                              |                     |

RODZAJ PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ

- TYP MATERACA
- ZMIANA POZYCJI
- PIEŁĘGNACJA SKÓRY
- INNE

\* Ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn dokonywać 1x na tydzień



## INDYWIDUALNA KARTA USPRAWNIANIA

|                  |                 |                    |            |           |
|------------------|-----------------|--------------------|------------|-----------|
| Nazwisko i imię: | Data urodzenia: | Diagnoza lekarska: | Terapeuta: | Karta nr: |
|------------------|-----------------|--------------------|------------|-----------|

| RODZAJ PROCEDURY REHABILITACYJNEJ | Barthel                                   | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |  |  |  |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
|                                   | DATA                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| <b>I. KINEZYTERAPIA</b>           | ćw. ogólnousprawniające                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. bierne                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. wspomagające                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. prowadzone                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne wolne kkg                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne wolne kkd                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne z oporem kkg                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne z oporem kkd                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne w odciążeniu kkg               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne w odciążeniu kkd               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne w odc. z oporem kkg            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. czynne w odc. z oporem kkd            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. samowspomagane kkg                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. samowspomagane kkd                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. manipulacyjne i precyzyjne dłoni      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. izometryczne                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. oddechowe                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | reedukacja nerwowo-mięśniowa              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. z elementami Bobath                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | ćw. specjalne.....                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | pionizacja na łóżku                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | pionizacja na łóżku z opuszczonymi nogami |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | pionizacja na wózku                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | pionizacja przy łóżku                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                   | pionizacja przy poręczach                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| pionizacja przy balkoniku         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| nauka chodzenia w poręczach       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| nauka chodzenia w balkoniku       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| nauka chodzenia z chodzikiem      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| nauka chodzenia o kulach          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| nauka chodzenia z przeszkodami    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| nauka wchodzenia po schodach      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |

|                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>II. FIZYKOTERAPIA</b> | okłady wilgotne: ciepłe / zimne                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | okłady żelowe: ciepłe / zimne                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | masaż suchy częściowy                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | masaż suchy całkowity                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | masaż podwodny hydropowietrzny (kapiel nerkowa) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | masaż podwodny miejscowy                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | masaż podwodny całkowity                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | naświetlanie miejscowe poczerwienią             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | naświetlanie miejscowe ultrafioletem            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | światło spolaryzowane ( BIOPTRON )              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | masaż pneumatyczny ( FLOWTRON )                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | laser biostymulacyjny                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | INNE  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.....  
podpis kierownika działu rehabilitacji



## KARTA PSYCHOLOGA

|           |       |                 |           |
|-----------|-------|-----------------|-----------|
| Nazwisko: | Imię: | Data urodzenia: | Karta nr: |
|-----------|-------|-----------------|-----------|

| data | rodzaj ćwiczeń | podpis |
|------|----------------|--------|
|      |                |        |
|      |                |        |
|      |                |        |
|      |                |        |

## KARTA LOGOPEDY

|           |       |                 |           |
|-----------|-------|-----------------|-----------|
| Nazwisko: | Imię: | Data urodzenia: | Karta nr: |
|-----------|-------|-----------------|-----------|

| data | rodzaj ćwiczeń | podpis |
|------|----------------|--------|
|      |                |        |
|      |                |        |
|      |                |        |
|      |                |        |

## WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

**STAN PACJENTA W DNIU ROZPOCZĘCIA OPIEKI**

|   |                          |                         |                          |                          |   |                                       |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| DATA URODZENIA  | PŁEĆ                     | STAN CYWILNY            | MIJSCE ZAMIESZKANIA      | DATA PRZYJĘCIA           | OPIEKA W DOMU   | PIECZĘĆ FIRMY<br>SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ : | NR KSIĘGI<br>GŁÓWNEJ     |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">RODZINA</td> <td style="width: 33%;">OPIEKUN</td> <td style="width: 33%;">INNE</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> | RODZINA                               | OPIEKUN                  | INNE                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| RODZINA   | OPIEKUN                  | INNE                    |                          |                          |   |                                       |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>     | <input type="text"/>    |                          |                          |   |                                       |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                           |                          | UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE |                          | REN.                     | EMER.   | INNE                                  |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/>    |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/>                  |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| POZIOM PIELĘGNACJI SKALA BARTHEL                          | NIESAMODZIELNOŚĆ :       |                         |                          | CAŁKOWITA (0-20 pkt)     | ZNACZNA (21-84 pkt)   | UMIARKOWANA (85-100 pkt)              |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>     |                         |                          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                  |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| ROZRUSZNIK SERCA  | PROTEZY KOŃCZYN: GÓRNA   |                         | DOLNA                    | PROTEZA ZĘBÓW: GÓRNA     |   | DOLNA                                 | GORSET                   | OKULARY                  |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |                      |                      |                      |                      |
| SZKŁA KONTAKTOWE  | APARAT SŁUCHOWY          |                         | WÓZEK INWALIDZKI         | KRZESŁO SANITARNE        | STOMIA  | SPRZĘT WSPOMAGAJĄCY CHÓD **           |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>              |                          |                          |                      |                      |                      |                      |                      |

|                           |                                   |                                      |                                   |       |  |             |                  |              |                  |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------|--|-------------|------------------|--------------|------------------|
| DATA WYPEŁNIENIA *:       | ŚWIADOMOŚĆ                        |                                      |                                   | Lp.   | CZYNNOŚĆ                                     | NIE POTRAFI | POTRAFI Z POMOCĄ | SAMODZIELNIE | PRZYJMOWANE LEKI |
| CZY WIE KIM JEST          | TAK <input type="checkbox"/>      | Z PRZERWAMI <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>      | 1     | SPOŻYWANIE POŚLĄKÓW                          | 0           | 5                | 10           |                  |
| ORIENTACJA CO DO CZASU    | TAK <input type="checkbox"/>      | Z PRZERWAMI <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>      | 2     | SCHODZENIE Z ŁÓŻKA NA WÓZEK I ODWROTNIE      | 0           | 5                | 15           |                  |
| ORIENTACJA CO DO MIEJSCA  | TAK <input type="checkbox"/>      | Z PRZERWAMI <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>      | 3     | UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ                 | 0           | 0                | 5            |                  |
| ORIENTACJA CO DO SYTUACJI | TAK <input type="checkbox"/>      | Z PRZERWAMI <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>      | 4     | KORZYSTANIE Z WC                             | 0           | 5                | 10           |                  |
| AGRESJA                   | TAK <input type="checkbox"/>      | Z PRZERWAMI <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>      | 5     | MYCIE/KĄPIEL CAŁEGO CIAŁA                    | 0           | 0                | 5            |                  |
| WYDALANIE                 |                                   |                                      |                                   | 6     | PRZEJŚCIE POW. 50 M (EW.PRZY POMOCY SPRZĘTU) | 0           | 5                | 10           |                  |
| STOLEC PRAWIDŁOWY         | ZAPARCIE <input type="checkbox"/> | BIEGUNKA <input type="checkbox"/>    |                                   | 7     | CHODZENIE PO SCHODACH                        | 0           | 5                | 10           | PIELĘGNIARKA     |
| NIETRZYMANIE STOLCA       | TAK <input type="checkbox"/>      | NIE <input type="checkbox"/>         | OKRESOWE <input type="checkbox"/> | 8     | JAZDA NA WÓZKU                               | 0           | 0                | 5            | NR TEL.....      |
| NIWTRZYMANIE MOCZU        | TAK <input type="checkbox"/>      | NIE <input type="checkbox"/>         | OKRESOWE <input type="checkbox"/> | 9     | UBIERANIE I ROZBIERANIE SIĘ                  | 0           | 5                | 10           | LEKARZ           |
| CEWNIK                    | TAK <input type="checkbox"/>      | NIE <input type="checkbox"/>         | OKRESOWE <input type="checkbox"/> | 10    | KONTROLA ZWIERACZY ODBYTU                    | 0           | 5                | 10           | NR TEL.....      |
|                           |                                   |                                      |                                   | 11    | KONTROLA ZWIERACZY CEWKI MOCZOWEJ            | 0           | 5                | 10           |                  |
|                           |                                   |                                      |                                   | RAZEM |  |             |                  |              |                  |

|                        |   |   |                          |
|------------------------|---|---|--------------------------|
| RUCHY KOŃCZYN: CZYNNNE |   | BIERNE  |                          |
| GÓRNYCH                | <input type="checkbox"/>                                      | GÓRNYCH   | <input type="checkbox"/> |
| DOLNYCH                | <input type="checkbox"/>                                      | DOLNYCH   | <input type="checkbox"/> |
| BRAK KOŃCZYN           | GÓRNYCH L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> | DOLNYCH L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |                          |
| ODŻYWIANIE             |   |   |                          |
| DIETA OGÓLNA           | <input type="checkbox"/>                                      | WYKONUJE PIELĘGNIARKA- NR TEL.....                            |                          |
| DIETA PĄPKOWATA        | <input type="checkbox"/>                                      | GASTROSTOMIA  | <input type="checkbox"/> |
| DIETA SPECJALNA**      | <input type="checkbox"/>                                      | POZAJELITOWE  | <input type="checkbox"/> |
| DIETA LEKKOSTRAWNA     | <input type="checkbox"/>                                      | SONDA   | <input type="checkbox"/> |

|                          |                          |              |                                 |   |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------|---------------------------------|---|--------------------------|
| Data wypełnienia:        |                          | ODLEŻYNY     |                                 | RANY PRZEWLEKŁE KOŃCZYN                                       |                          |
| GŁOWA                    | <input type="checkbox"/> | GŁOWA        | <input type="checkbox"/>        | GÓRNYCH L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |                          |
| BARK LEWY                | <input type="checkbox"/> | BARK LEWY    | /PRAWY <input type="checkbox"/> | DOLNYCH L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |                          |
| KOŚĆ OGONOWA             | <input type="checkbox"/> | KOŚĆ OGONOWA |                                 | PIELĘGNIARKA NR TEL.....                                      |                          |
| BIODRO LEWE              | <input type="checkbox"/> | BIODRO LEWE  | /PRAWO <input type="checkbox"/> | LEKARZ NR TEL.....  |                          |
| PIĘTA LEWA               | <input type="checkbox"/> | PIĘTA LEWA   | /PRAWO <input type="checkbox"/> |   |                          |
| KOSTKA LEWA              | <input type="checkbox"/> | KOSTKA LEWA  | /PRAWO <input type="checkbox"/> |   |                          |
| <b>KOMUNIKOWANIE SIĘ</b> |                          |              |                                 |   |                          |
| NIE WIDZI                | <input type="checkbox"/> | NIE MÓWI     | <input type="checkbox"/>        | NIE SŁYSZY  | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |              |                                 | TRUDNOŚĆ * <input type="checkbox"/>                           |                          |

\* Wypełnić kiedy jest możliwa ocena

\*\* Wpisać jaka na odwrocie karty

**ALERGIE I UCZULENIA**

## Zasady posługiwania się skalą *Barthel*

### przy ocenie sprawności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych

(Źródło: Mahoney FI, Barthel D.W, Functional evaluation: The Barthel index *Md State Med J.* 1965;14:61-65

Wiebiers D.O, Feigin W.L, Brown R.D, Udar mózgu, Medipage, Warszawa 2008 - Wydanie I  
polskie pod redakcją naukową konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii Pani  
prof. Grygiel

Skala *Barthel* jest narzędziem do oceny sprawności funkcjonalnej człowieka w zakresie 10 podstawowych funkcji życiowych, w skali od w pełni niesamodzielnego (0 pkt) do samodzielnego (10 lub 15 pkt).

Jeżeli sprawność pacjenta jest poniżej opisywanej, to oznacza wynik „0”.

Uwaga! Za aktywność przy której pacjent potrzebuje minimalnej pomocy lub nadzoru nie przyznaje się maksymalnej liczby punktów. Za korzystny wynik uważa się gdy pacjent osiąga 75-100 pkt

### Skala *Barthel*

| Funkcja  | Wynik | Opis   |
|--|-------|--|
| Spożywanie posiłków  | 10    | Samodzielny, potrafi używać potrzebnych urządzeń, spożywa posiłki o odpowiedniej porze |
|  | 5     | Potrzuje pomocy (np. w krojeniu, rozdrobnieniu)  |
| Przemieszczanie się na wózek inwalidzki lub do łóżka i z łóżka | 15    | Samodzielny, łącznie z zakładaniem blokady na koła wózka i podnoszeniem podnóżków      |
|  | 10    | Minimalna pomoc lub nadzór   |
|  | 5     | Potrafi usiąść ale potrzebuje pomocy przy przemieszczaniu się                          |
| Utrzymanie higieny osobistej                                   | 5     | Myje twarz, czesze włosy, myje zęby, goli się, potrafi podłączyć golarkę elektryczną   |

| <b>Funkcja c.d.</b>                   | <b>Wynik c.d.</b> | <b>Opis c.d.</b>  |
|---------------------------------------|-------------------|---|
| Przemieszczanie się do/z toalety      | 10                | Samodzielny (toaleta, basen); radzi sobie z ubraniem się; spłukuje, wyciera lub czyści muszlę klozetową |
|                                       | 5                 | Potrzebuje pomocy w utrzymaniu równowagi, podczas ubierania się lub używania papieru toaletowego        |
| Samodzielne mycie się                 | 5                 | Potrafi wykąpać się w wannie, pod prysznicem lub potrafi umyć całe ciało z użyciem gąbki                |
| Chodzenie                             | 15                | Potrafi przejść samodzielnie 50 m, może stosować sprzęt rehabilitacyjny z wyjątkiem chodzika            |
|                                       | 10                | Potrafi przejść z pomocą 50 m   |
|                                       | 5                 | Przejedzie na wózku inwalidzkim 50 m (istotne tylko wtedy, jeżeli nie może chodzić)                     |
| Wchodzenie i schodzenie ze schodów    | 10                | Samodzielny, może stosować sprzęt rehabilitacyjny   |
|                                       | 5                 | Potrzebuje pomocy lub nadzoru   |
| Ubieranie i rozbieranie się           | 10                | Samodzielny, zawiązuje sznurowadła w butach, zapina zamek błyskawiczny, nakłada szelki                  |
|                                       | 5                 | Potrzebuje pomocy, ale przynajmniej połowę zadania wykonuje w rozsądnym czasie                          |
| Kontrola zwieraczy odbytu             | 10                | Panuje nad oddawaniem stolca, dba o pojemnik zbiorczy na kał, jeśli z niego korzysta                    |
|                                       | 5                 | Czasami nie trzyma stolca albo potrzebuje pomocy przy założeniu czopka                                  |
| Kontrola zwieraczy pęcherza moczowego | 10                | Panuje nad oddawaniem moczu, dba o pojemnik zbiorczy na mocz, jeśli z niego korzysta                    |
|                                       | 5                 | Czasami nie trzyma moczu lub potrzebuje pomocy przy oddawaniu moczu do pojemnika zbiorczego             |

## **Wyjaśnienie do ocen stosowanych w skali *Barthel***

### **Odżywianie**

**10 pkt** – Niezależny. Chory może samodzielnie spożywać posiłek postawiony na tacy lub stole, jeśli znajduje się on w jego zasięgu. Chory jeśli to konieczne, korzysta z pomocniczego urządzenia, kroi pożywienie, używa soli i pieprzu, smaruje chleb masłem itd. Chory musi być zdolny wykonać te czynności w odpowiednim czasie.

**5 pkt** - Konieczna jest niewielka pomoc (np. przy krojeniu ), patrz tabela

### **Przechodzenie z wózka inwalidzkiego na łóżko i z powrotem**

**15 pkt** – Niezależny we wszystkich fazach czynności. Chory siedzący na wózku inwalidzkim potrafi bezpiecznie zbliżyć się do łóżka, zablokować koła, podnieść podnózek, przesiąść się na łóżko, położyć się, usiąść na brzegu łóżka, przestawić wózek inwalidzki (jeśli to konieczne w celu bezpiecznego zajęcia pozycji siedzącej na wózku), a następnie przesiąść się na wózek.

**10 pkt** - Konieczna jest niewielka pomoc na niektórych etapach wykonywania tej czynności albo chory wymaga przypominania lub nadzoru wykonywanych zadań.

**5 pkt** - Chory może samodzielnie usiąść, ale potrzebuje pomocy w podniesieniu się z łóżka lub pomocy podczas przemieszczania się z łóżka na wózek

### **Czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej**

**5 pkt** – Chory jest w stanie myć dłonie i twarz, czesać się, myć zęby i golić się. Chory może stosować różnego rodzaju przyrządy do golenia i musi być zdolny do samodzielnego wymienienia ostrza lub wymiennej końcówki, a także do wyjęcia maszynki do golenia z szuflady lub szafki. Kobiety muszą być w stanie wykonać makijaż, jeśli go stosują, ale nie muszą być w stanie zaplatać warkocza ani modelować włosów.

### **Siadanie i wstawanie z toalety**

**10 pkt** - Chory jest w stanie samodzielnie usiąść i wstać z toalety, rozpiąć i zapiąć ubranie, uniknąć zabrudzenia odzieży oraz użyć papieru toaletowego. Chory w razie potrzeby może podparć się o zamontowaną w ścianie poręcz albo

inny stabilny przedmiot. Jeżeli konieczne jest zastosowanie basenu zamiast korzystania z toalety, chory musi być w stanie odstawić basen na taboret, opróżnić zawartość i wyczyścić go.

**5 pkt** - Chory wymaga pomocy ze względu na zaburzenia równowagi albo potrzebuje pomocy w rozbieraniu się lub używaniu papieru toaletowego.

### **Kąpiel**

**5 pkt** - Chory może korzystać z wanny lub prysznica lub może umyć całe ciało z użyciem gąbki. Chory musi być w stanie wykonać wszystkie składowe wyżej wymienione czynności bez pomocy innych osób

### **Chodzenie po płaskim podłożu**

**15 pkt** – Chory może samodzielnie lub bez nadzoru przejść około 50 m. Chory może używać aparaty korekcyjne lub protezy oraz wykorzystywać wszelkiego rodzaju podpory, laski, chodziki ale nie chodziki na kółkach. Chory musi być w stanie zapiąć i odpiąć aparat korekcyjny, przyjąć pozycje stojąca oraz siedzącą, ustawić wszelkie urządzenia pomocnicze w pozycji do użycia oraz odstawić je po wykorzystaniu (zakładanie i zdejmowanie aparatów korekcyjnych jest oceniane w punkcie ubieranie).

**10 pkt** – Chory wymaga pomocy lub nadzoru w wykonywaniu dowolnej z wyżej wymienionych czynności, ale może przejść co najmniej 50 m z niewielką pomocą

### **Poruszanie się na wózku inwalidzkim**

**5 pkt** - Chory nie jest w stanie poruszać się, ale może samodzielnie przemieszczać się na wózku inwalidzkim. Chory musi być w stanie przemieszczać się w pobliżu narożników, odwracać się, podjeżdżać wózkiem do stołu, łóżka, toalety itd. Chory musi być w stanie przejechać na wózku co najmniej 50 m. (nie należy oceniać tego punktu jeżeli chory jest oceniany za chodzenie.

### **Wchodzenie i schodzenie ze schodów**

**10 pkt** – Chory jest w stanie bezpiecznie wejść i zejść ze schodów bez pomocy i bez nadzoru. W razie potrzeby może (i powinien) używać poręczy, laski albo

podparcia. Chory powinien być w stanie unieść laskę lub podparcie przy wchodzeniu i schodzeniu ze schodów.

**5 pkt** – Chory wymaga pomocy lub nadzoru w dowolnej czynności wymienionej wyżej

### **Ubieranie i rozbieranie się**

**10 pkt** – Chory jest w stanie założyć, zdjąć oraz zapiąć ubranie, a także zawiązać sznurówki (o ile musi używać aparatów korekcyjnych). Czynności te obejmują zakładanie i zdejmowanie, zapinanie gorsetu lub aparatu korekcyjnego, jeśli zostały zalecone choremu. W razie konieczności mogą być używane specjalne elementy ubioru takie jak szelki, buty bez sznurówek lub odzież rozpinana z przodu.

**5 pkt** - Chory wymaga pomocy w zakładaniu, zdejmowaniu i zapinaniu odzieży. Przynajmniej połowę aktywności chory musi wykonać samodzielnie i w odpowiednim czasie. Nie należy oceniać punktowo zakładania biustonosza lub gorsetu u kobiet.

### **Kontrola zwieracza odbytu**

**10 pkt** – Chory kontroluje oddawanie stolca i nie występują incydenty nietrzymania stolca. Chory w razie konieczności może stosować czopki lub lewatywy (tak jak w przypadkach rehabilitacji po urazach rdzenia).

**5 pkt** – Chory wymaga pomocy przy założeniu czopka. Zdarzają się incydenty nietrzymania stolca.

### **Kontrola zwieracza pęcherza moczowego**

**10 pkt** – Chory kontroluje oddawanie moczu w ciągu dnia i w nocy. Chory po urazie rdzenia kręgowego, który ma założony cewnik zewnętrzny i nosi zbiornik na mocz, musi być w stanie założyć zestaw samodzielnie, opróżnić i wyczyścić worek oraz przespać noc bez zamoczenia.

**5 pkt** – Chory od czasu do czasu nie kontroluje oddawania moczu albo nie jest w stanie powstrzymać się od oddania moczu po zgłoszeniu potrzeby skorzystania z basenu lub dostania się do łazienki (naglące parcie na mocz) bądź wymaga pomocy w zakładaniu cewnika zewnętrznego.



| Odpoczynek i sen | S | P | N |
|------------------|---|---|---|
|                  |   |   |   |
|                  |   |   |   |
|                  |   |   |   |

| Samoopieka | S | P | N |
|------------|---|---|---|
|            |   |   |   |
|            |   |   |   |
|            |   |   |   |

| Poruszanie się / aktywność | S | P | N |
|----------------------------|---|---|---|
|                            |   |   |   |
|                            |   |   |   |
|                            |   |   |   |

| Umiejętność wypełniania czasu | S | P | N |
|-------------------------------|---|---|---|
|                               |   |   |   |
|                               |   |   |   |
|                               |   |   |   |

| Higiena i ubieranie się | S | P | N |
|-------------------------|---|---|---|
|                         |   |   |   |
|                         |   |   |   |
|                         |   |   |   |

| Potrzeba intymności | S | P | N |
|---------------------|---|---|---|
|                     |   |   |   |
|                     |   |   |   |
|                     |   |   |   |

| Poczucie sensu życia | S | P | N |
|----------------------|---|---|---|
|                      |   |   |   |
|                      |   |   |   |
|                      |   |   |   |

| Kontaktowanie się z otoczeniem : urzędy, prac. socjalny | S | P | N |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

| Picie i jedzenie | S | P | N |
|------------------|---|---|---|
|                  |   |   |   |
|                  |   |   |   |
|                  |   |   |   |

| Wydalenie | S | P | N |
|-----------|---|---|---|
|           |   |   |   |
|           |   |   |   |
|           |   |   |   |

| Radzenie sobie z problemami | S | P | N |
|-----------------------------|---|---|---|
|                             |   |   |   |
|                             |   |   |   |
|                             |   |   |   |

| Egzekwowanie swoich praw, wypełnianie obowiązków | S | P | N |
|--|---|---|---|
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |

| Czy umie zarządzać swoją własnością | S | P | N |
|-------------------------------------|---|---|---|
|                                     |   |   |   |
|                                     |   |   |   |
|                                     |   |   |   |

| Stosunki międzyludzkie, znajomości, przyjaciele, rodzina |
|--|
|  |
|  |
|  |

| Agresja |
|---------|
|         |
|         |
|         |

| Orientacja: czasu TAK NIE miejsca TAK NIE własnej osoby TAK NIE sytuacji TAK NIE |
|--|
|  |
|  |
|  |

| Zgłaszane dolegliwości |
|------------------------|
|                        |
|                        |
|                        |

| Wywiad spcjalny ( Rodzina, rodzeństwo, wykształcenie, zawód, mieszkanie, niezapomniane wydarzenia, sytuacje kryzysowe...) |
|---|
|   |
|   |
|   |

| Wcześniejsze zainteresowania i zwyczaje   | Obecne możliwości |
|---|-------------------|
| (Telewizja, ogród, kluby, prace ręczne, gotowanie, czytanie, podróżowanie, spacerowanie, gry, sport, teatr, zwierzęta, praktyka religijna, inne ) |                   |
|   |                   |
|   |                   |

**CZĘSTOTLIWOŚĆ I CZAS TRWANIA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNYCH**

|              |  | OSZACOWANIE CZASU       |                            |                                |   |                                     |
|--------------|--|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| I ODŻYWIANIE | POSTĘPOWANIE   | wymiar czasu w minutach | częstotliwość w ciągu doby | częstotliwość w ciągu tygodnia | rozpiętość godzinowa na wykonanie czynności | czas opieki w minutach w ciągu doby |
|              | Przygotowanie posiłku (smarowanie kanapek, rozdrobnienie itp.) | 2                       | 3 x                        | 21 x                           | 8.00 - 22.00                                | <b>6 min.</b>                       |
|              | Podawanie przez sondę ( gastrostomia)                          | 10                      | 5 x                        | 35 x                           | 8.00 - 22.00                                | <b>50 min.</b>                      |
|              | Pojenie  | 1                       | 5 x                        | 35 x                           | 6.00 - 18.00                                | <b>5 min.</b>                       |
|              | Karmienie  | 14                      | 3 x                        | 21 x                           | 8.00 - 22.00                                | <b>42 min.</b>                      |
|              | <b>Łączny czas na odżywianie ( bez sondy)</b>                  |                         |                            |                                |   | <b>103 min.</b>                     |

| II MOBILIZACJA | POSTĘPOWANIE  |     |      |      |               |                |
|----------------|---|-----|------|------|---------------|----------------|
|                | Zmiana pozycji ciała  | 1,5 | 12 x | 84 x | 6.00 - 18.00  | <b>18 min.</b> |
|                | Transfer: łóżko - wózek   | 2   | 4 x  | 28 x | 7.00 - 20.00  | <b>8 min.</b>  |
|                | Towarzyszenie przy chodzeniu, przewożenie wózkiem inwalidzkim (toaleta, łazienka, jadalnia) | 2   | 4 x  | 28 x | 7.00 - 20.00  | <b>8 min.</b>  |
|                | Ubieranie   | 5   | 1 x  | 7 x  | 7.00 - 20.00  | <b>5 min.</b>  |
|                | Rozbieranie   | 3   | 1 x  | 7 x  | 18.00 - 20.00 | <b>3 min.</b>  |
|                | <b>Łączny czas na mobilizację</b>   |     |      |      |               | <b>42 min.</b> |

| III HIGIENA OSOBISTA                      | POSTĘPOWANIE   |    |     |                |                  |                 |
|---|--|----|-----|----------------|------------------|-----------------|
|   | Mycie ciała  | 12 | 1 x | 6 x            | 6.00 - 20.00     | <b>12 min.</b>  |
|   | Prysznic lub kąpiel  | 28 |     | 1 x            | 6.00 - 20.00     | <b>4 min.</b>   |
|   | Mycie głowy  | 15 |     | 1 x            | 6.00 - 20.00     | <b>2 min.</b>   |
|   | Mycie rąk, twarzy  | 2  | 3 x | 21 x           | 6.00 - 20.00     | <b>6 min.</b>   |
|   | Mycie zębów  | 3  | 2 x | 14 x           | 6.00 - 20.00     | <b>6 min.</b>   |
|   | Czesanie   | 1  | 1 x | 7 x            | 8.00 - 11.00     | <b>1 min.</b>   |
|   | Golenie  | 7  |     | 4 x            | 8.00 - 11.00     | <b>4 min.</b>   |
|   | Obcinanie paznokci   | 11 |     | 1 x na miesiąc | 6.00 - 20.00     | <b>0,5 min.</b> |
|   | Pomoc w WC   | 8  | 3 x | 21 x           | 6.00 - 20.00     | <b>24 min.</b>  |
|   | Zmiana bielizny pościelowej, przygotowanie łóżka   | 5  | 1 x | 7 x            | 6.00 - 20.00     | <b>5 min.</b>   |
|   | Higiena intymna po oddaniu moczu, przy zmianie pieluchomajtek                            | 3  | 4 x | 28 x           | 6.00 - 6.00      | <b>12 min.</b>  |
|   | Higiena intymna po oddaniu stolca, przy zmianie pieluchomajtek                           | 8  | 1 x | 7 x            | 6.00 - 6.00      | <b>8 min.</b>   |
|   | Zmiana lub opróżnienie worka na mocz ewentualnie zmiana lub opróżnienie worka stomijnego | 3  | 2 x | 14 x           | 6.00 - 20.00     | <b>6 min.</b>   |
| <b>Łączny czas na higienę i wydalanie</b> |  |    |     |                | <b>90,5 min.</b> |                 |

**Łączny czas na podstawową pielęgnację 235,5 min.**





