DOI: 10.19251/pwod/2016.1(6)
http://dx.medra.org/10.19251/pwod/2016.1(6)

Teresa Miłkowska
Centrum Pielęgnacyjne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Włocławskiej

Centrum Pielęgnacyjne NZOZ Caritas
87-800 Włocławek, ul. Gdańska 10

PODSTAWY ORGANIZACYJNO-PRAWNE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DOMOWEJ DŁUGOTERMINOWEJ

Organizational and legal fundamentals of long-term home nursing care

Streszczenie
Wstęp: Dom rodzinny pacjenta to szczególne miejsce, które daje poczucie bezpieczeństwa tak potrzebne każdemu człowiekowi, a zwłaszcza choremu, staremu, niepełnosprawnemu. Żaden szpital czy zakład opieki długoterminowej, nawet najlepiej prowadzony i przyjazny choremu nie zastąpi mu domu.
Przegląd: Jednak należy pamiętać, że choroba przewlekła zmienia sposób funkcjonowania nie tylko pacjenta, ale również całego jego otoczenia. Aby mógł on bezpiecznie funkcjonować we własnym domu, po dokonaniu oceny występującego deficytu w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, należy tak zorganizować pod względem materialnym i ludzkim jego najbliższe otoczenie, aby zapewnić mu godne warunki do codziennej egzystencji. Organizatorem, koordynatorem i realizatorem świadczeń na rzecz przewlekle chorego może i powinna być pielęgniarka opieki długoterminowej domowej. W zmieniających się warunkach organizacyjno-prawnych pielęgniarka powinna posiadać wiedzę i umiejętności pozwalające jej na uczestniczenie w kontraktowaniu świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.
Wnioski: Właściwa organizacja świadczeń pod względem formalnym, połączona z posiadaną wiedzą i umiejętnościami pielęgniarskimi, daje możliwość realizacji usług na wysokim poziomie, niesie satysfakcję z dobrze wykonanego zadania, a dla chorego i jego najbliższych jest ogromną pomocą we właściwej opiece nad przewlekle chorym w domu.
Słowa kluczowe: pielęgniarska opieka długoterminowa, opieka domowa, choroba przewlekła

Abstract
Objective: The patient's family home is a special place which gives him or her a sense of security, which is needed by everyone, and especially by a sick, old and disabled person. There is no hospital or long-term care facility, even if they were the best ones, which could substitute one's own home.
Review: We need to remember that chronic diseases change not only the functioning of the affected people, but also their whole environment. In order to secure them safe everyday existence in their own houses or flats, we need to prepare them in terms of material and human aspects. A long-term care nurse should be an organizer, a coordinator and a producer of all the necessary nursing services. In the changing organizational and legal conditions, such a nurse should have knowledge and skills allowing her to participate in contracting benefits under health insurance.
Conclusions: The proper organization of the health-care benefits in terms of formal procedures, combined with the nursing knowledge and skills, enables one to deliver health-care services of quality, brings one satisfaction at doing one's job well, and considerably helps the patients and their closest family members to take care of the chronically ill at home.
Keywords: long-term nursing care, home care, chronically ill

Wstęp

W obecnych czasach, postęp cywilizacyjny, szeroko rozumiany rozwój nauk biologicznych, nowe metody profilaktyki i terapii oraz poprawa warunków życia spowodowały wydłużenie średniej długości życia. Zmiany społeczne i ekonomiczne spowodowały ewolucję modelu rodziny z wielopokoleniowej na nuklearną,

zmieniły pozycję kobiety z matki i opiekunki przebywającej w domu, na osobę pracującą zawodowo poza nim, znacznie zmniejszyła się również dzietność polskich rodzin. Powyższe zmiany przyczyniły się do osłabienia wydolności opiekuńczej rodziny. W sytuacji, gdy jeden z członków rodziny zaczyna chorować przewlekle i konieczne jest zaangażowanie ze strony najbliższych, nie zawsze są oni w stanie samodzielnie sprawować nad nim właściwą opiekę. Coraz więcej jest osób wymagających pielęgnacji i opieki, a coraz mniej tych, którzy mogą ją zapewnić. Dlatego też, biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną i demograficzną polskiego społeczeństwa na początku bieżącego wieku, do świadczeń realizowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego włączono pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

Celem pracy jest przedstawienie zasad kontraktowania świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w oparciu o obowiązujące akty prawne i zasady współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Przegląd

Ludzie żyją dłużej, jak podaje GUS, przeciętne trwanie życia w 2014 r. wyniosło w Polsce dla kobiet 81,6 a dla mężczyzn 73,8 lat [Główny Urząd Statystyczny]. Pomimo poprawy warunków życia, propagowania zasad profilaktyki chorób, liczba osób przewlekle chorych i niesamodzielnych rośnie, co stanowi poważne wyzwanie dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa. Najczęściej ciężar opieki nad osobą przewlekle chorą spoczywa na rodzinie, której funkcjonowanie społeczne zmienia się, gdy jeden z jej członków staje się zależny od opieki pozostałych. Jeżeli rodzina jest wydolna opiekuńczo, a jej członkowie potrafią zaakceptować zmienioną przez chorobę sytuację życiową i mogą liczyć na wsparcie ze strony służb medycznych, czy socjalnych, to istnieje duża szansa na stworzenie godnych warunków do życia dla osoby przewlekle chorej. Jak pokazuje praktyka, najbardziej obawiamy się tego, co nieznane, dlatego też wyposażenie rodziny, opiekunów chorego w podstawową wiedzę na temat choroby przewlekłej, metod i technik pielęgnacji, zmniejsza poczucie bezradności, pomaga oswoić się z trudną sytuacją długotrwałej opieki. Osobą koordynującą i realizującą działania na rzecz pacjenta przewlekle chorego przebywającego w warunkach domowych powinna być pielęgniarka opieki długoterminowej. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonuje pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, stanowiąca opiekę nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych.

Ten rodzaj świadczeń po raz pierwszy został zakontraktowany w ramach ubezpieczenia w 2002 roku. Zarządzająca finansami ochrony zdrowia kasa chorych ogłosiła konkurs ofert mający na celu wyłonienie wykonawców spełniających określone prawem kryteria.

W chwili obecnej nabywca usług zdrowotnych (NFZ) nie może zakupić usług bez przeprowadzenia procedury konkursowej składającej się z:

- ogłoszenia o konkursie ofert (miejscu, terminie i trybie składania ofert), powołania komisji konkursowej,
- postępowania przetargowego – część jawna i niejawna w tym procedury odwoławcze,
- wyłonienie oferentów i podpisanie z nimi umów.

Aby przystąpić do procedury konkursowej, pielęgniarka musi zdecydować, w jakiej formie chce realizować świadczenia. Może to być praktyka indywidualna, grupowa praktyka pielęgniarek zarejestrowana jako spółka cywilna, spółka jawna albo spółka partnerska lub podmiot leczniczy. Ponadto należy nabyć tytuł prawny do lokalu, w którym ma być prowadzona działalność i dokonać prawem wymaganych zgłoszeń i zobowiązań publiczno–prawnych (REGON, ZUS, Urząd Skarbowy, Państwowa Inspekcja Sanitarna). W zależności od przyjętej formy organizacyjnej należy dokonać stosownych rejestrów w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Po dokonaniu powyższych czynności potencjalny oferent rejestruje się w Systemie Zarządzaniem Obiegiem Informacji (SZOI) NFZ, uzyskując indywidualny login i hasło. Po zalogowaniu się do SZOI na elektronicznym portalu należy przygotować profil świadczeniodawcy, zaimportować dane z SZOI do modułu do elektronicznej wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie obsługi konkursu ofert: NFZ-KO. W tej aplikacji na podstawie zapytania ofertowego należy wygenerować ofertę w formie elektronicznej i papierowej, którą wraz z załącznikami przystępujący do przetargu składa w biurze konkursu ofert NFZ w miejscu i terminie podanym w ogłoszeniu.

Przed przystąpieniem do procedury przetargowej nabywca (NFZ) ma prawo sprawdzić w czasie wizytacji, czy stan faktyczny jest zgodny z przygotowaną ofertą.

Po przeprowadzeniu postępowania przetargowego Narodowy Fundusz Zdrowia podaje do publicznej wiadomości wynik postępowania, w tym wykaz świadczeniodawców, z którymi zawiera umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju (świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze) i zakresie (pielęgniarska opieka długoterminowa domowa). Wybrany świadczeniodawca zobowiązany jest do podania numeru konta bankowego, na który będą przekazywane środki za zrealizowane świadczenia, zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością leczniczą oraz obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (ewuś), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Umowa zawarta pomiędzy płatnikiem, a świadczeniodawcą określa:

- rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
- warunki i zasady udzielania świadczeń,
- zasady rozliczeń ze świadczeniodawcą,
- maksymalną kwotę zobowiązania płatnika wobec świadczeniodawcy,
- zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umowy,
- zasady rozpatrywania kwestii spornych, przeprowadzania i udokumentowania postępowania kontrolnego i wydawania zaleceń pokontrolnych,
- zasady prowadzenia dokumentacji przez świadczeniodawcę na potrzeby realizacji umowy i udostępniania jej płatnikowi, z uwzględnieniem ochrony danych osobowych.

Od początku narzędziem do kwalifikacji pacjentów mających zostać objętych opieką była skala Barhtel. Za pomocą tej skali oceniane są takie czynności, jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety (WC), mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu, kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego. Maksymalnie chory może otrzymać 100 punktów.

W ocenie za pomocą tej skali w pierwszych latach kontraktowania, aby być zakwalifikowanym do opieki pielęgniarskiej, chory nie mógł otrzymać więcej niż 20 punktów. Był to więc pacjent przewlekle chory, niezdolny do samodzielnej egzystencji, a ponadto wymagający przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich przez okres powyżej 2 tygodni:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
- wykonywania opatrunków,
- karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę,
- pielęgnacji przetoki,
- założenia i usunięcia cewnika (jako stałe zlecenie lekarskie),
- płukania pęcherza moczowego,
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną.

Początkowo skierowany do opieki długoterminowej domowej mógł być jedynie pacjent wcześniej hospitalizowany.

Z biegiem czasu kwalifikacja uległa zmianie i obecnie chory, który w ocenie przy użyciu skali Barthel otrzymał od 0 do 40 punktów, może zostać objęty opieką. Skierowanie wystawia dowolny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego: prowadzący chorego w szpitalu, lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Nie obowiązują wcześniejsze kryteria medyczne. Grupą odbiorców opieki mogą być zarówno dzieci, jak i dorośli, chorzy somatycznie i psychosomatycznie. Ponadto do skierowania lekarskiego dołączyć należy kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej nie mogą być skierowani chorzy w ostrej fazie choroby psychicznej i objęci świadczeniami w ramach paliatywnej opieki domowej oraz objęci opieką przez zespół wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową,

spełniający określone wymagania, może zostać objęty opieką przez hospicjum domowe, a więc świadczeniami gwarantowanymi w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Pacjentowi z chorobą psychiczną przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych].

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia [Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.], pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest świadczeniem gwarantowanym udzielanym przez pielęgniarkę, a głównymi jej zadaniami są:

- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Biorąc pod uwagę fakt, że praca z przewlekle chorym i niepełnosprawnym w warunkach domowych charakteryzuje się samodzielnością, sprawowaniem opieki nad pacjentem z wieloma problemami zdrowotnymi i społecznymi, potrzebą włączenia do współpracy pacjenta, jego rodziny, opiekunów faktycznych, innych pracowników ochrony zdrowia, tj. lekarza i pielęgniarki poz, rehabilitanta, potrzebą niesienia wsparcia choremu i jego najbliższym oraz ich stałej edukacji, zakres wiedzy i umiejętności pielęgniarki musi być bardzo szeroki. Organizowanie i planowanie pracy własnej, ocena i ewentualne korygowanie działań opiekuńczych i pielęgnacyjnych wykonywanych na rzecz chorego przez jego opiekunów, integracja świadczeń z wielu zakresów wymagają dobrych umiejętności komunikacji, profesjonalizmu, dojrzałości zawodowej, empatii i asertywności. Mając na uwadze powyższe czynniki, NFZ określił, iż podstawowe kwalifikacje mogą być niewystarczające do realizacji świadczeń o tak szerokim zakresie i postawił wymagania, jakie muszą spełniać pielęgniarki pracujące w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. Są one następujące: „ukończona specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa pediatrycznego, lub pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów" [Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.].

W chwili obecnej na 1 etat przeliczeniowy liczba pacjentów objętych opieką, przebywających pod różnymi adresami zamieszkania nie może jednoczasowo być większa niż 6 świadczeniobiorców, a liczba objętych opieką, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej), nie może jednoczasowo przekraczać 12 osób. Fundusz dopuszcza jednak możliwość łączenia realizacji opieki przez jedną pielęgniarkę dla obydwu grup pacjentów z uwzględnieniem przeliczników liczby pacjentów według załącznika nr 9 do Zarządzenia [Zarządzenie nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r.].

Łączenie odbywa się według następującego schematu: 5 pacjentów zamieszkujących pod różnymi adresami i 2 chorych posiadających wspólny adres, po 4 chorych z różnych adresów i wspólnego, 3 pacjentów z różnymi adresami i 6 ze wspólnym, 2 pacjentów z różnymi adresami i 8 ze wspólnym, 1 pacjent zamieszkujący pod różnym adresem i 10 pacjentów posiadających wspólny adres zamieszkania. Łączenie realizacji świadczeń według powyższych wytycznych daje możliwość objęcia opieką pielęgniarską mieszkańców domów pomocy społecznej, często potrzebne w sytuacji, gdy starzejący się pensjonariusze wymagają intensywnej pielęgnacji i świadczeń pielęgniarskich, a w placówce nie są zatrudnione pielęgniarki.

Przed przystąpieniem do realizacji świadczeń pielęgniarka analizuje informacje zawarte w skierowaniu wystawionym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i karcie oceny świadczeniobiorcy oraz ustala z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem faktycznym termin pierwszej wizyty. Jeżeli termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest odległy (a tak często się zdarza,

ponieważ liczba zakupionych przez NFZ świadczeń nie pokrywa zapotrzebowania na tego typu opiekę i niestety tworzą się kolejki oczekujących) i nie pokrywa się z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w tym iniekcji, zmiany opatrunków, pacjent zgłasza się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w celu realizacji zleceń lekarskich.

W dniu pierwszej wizyty pielęgniarka opieki długoterminowej dokonuje oceny stanu świadczeniobiorcy skalą Barthel i ustala plan opieki w oparciu o występujące problemy pielęgnacyjne. Pielęgniarka zapoznaje chorego, jego rodzinę lub opiekuna faktycznego z planem opieki oraz z zasadami zabezpieczenia w środki medyczne potrzebne do realizacji świadczeń. Pielęgniarka zapewnia wyroby medyczne zgodnie z wyposażeniem nesesera pielęgniarskiego (wg załącznika nr 4 do rozporządzenia), pacjent lub jego rodzina zapewniają środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. O terminie objęcia opieką długoterminową domową pielęgniarka informuje lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklaracje wyboru. W czasie trwania opieki pielęgniarka informuje ich również o zmianach w stanie zdrowia pacjenta, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących świadczeniobiorcę do pielęgniarskiej opieki długoterminowej i zakończeniem jej. Pielęgniarka zobowiązana jest do zapewnienia dostępności do świadczeń od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00, również w sobotę i dni ustawowo wolne w medycznie uzasadnionym przypadku. Wizyt pielęgniarskich nie może być mniej niż 4 w tygodniu. Zrealizowana wizyta potwierdzana jest przez świadczeniobiorcę, członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego w „Karcie wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej" (załącznik nr 8 do zarządzenia). Każda wizyta sprawozdawana jest w raporcie statystycznym do NFZ z przypisanym jej kodem i datą realizacji.

W czasie sprawowania opieki pielęgniarka ocenia poziom samodzielności chorego używając skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian modyfikuje realizowany plan opieki. Ocena ta odbywa się nie rzadziej niż raz w miesiącu, na jego końcu. Okres objęcia chorego tą formą opieki jest uzależniony od stanu jego zdrowia. Bardzo ważnym elementem pracy pielęgniarki opieki długoterminowej domowej jest stałe monitorowanie wydolności opiekuna chorego. Nadmierne, długotrwałe obciążenie fizyczne i psychiczne opiekuna związane ze stałą pracą na rzecz chorego członka rodziny może doprowadzić do tzw. syndromu wypalenia. Dlatego istotne jest aby pielęgniarka posiadała umiejętności budowania szeroko rozumianej sieci wsparcia dla pacjenta i jego opiekunów. Na podstawie diagnozy rodziny i społeczności lokalnej należy wskazać możliwości łączenia pierwotnego systemu wsparcia, jaki stanowią rodzina bliższa i dalsza, sąsiedzi, przyjaciele (zarówno chorego jak i opiekunów), znajomi z wtórnym systemem wsparcia (instytucjonalnym). W razie potrzeby pielęgniarka powinna współuczestniczyć w pozyskiwaniu pomocy, udzielając informacji co do procedur związanych z jej organizacją. Wsparcie ze strony pielęgniarki powinno też obejmować informacje na temat możliwości uzyskania refundowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych na zlecenie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, czy też możliwości pozyskania wsparcia ze strony Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub ośrodka pomocy społecznej. Te działania mają na celu pomoc choremu i jego bezpośrednim opiekunom w pokonaniu trudności materialnych i emocjonalnych związanych z chorobą przewlekłą, niepełnosprawnością, z poszanowaniem wartości i norm przyjętych w danym środowisku i jego prywatności. Bez względu na posiadaną wiedzę i umiejętności pielęgniarka obejmująca opieką pacjenta wymagającego intensywnej pielęgnacji w warunkach domowych powinna zawsze pamiętać, że jej pracą jest niesienie pomocy, wskazywanie sposobów rozwiązywania problemów zdrowotnych, czy też społecznych, a nie narzucanie „gotowych i najlepszych" rozwiązań. Realizowana przez pielęgniarkę opieka holistyczna, oparta na aktualnej wiedzy, ma na celu przygotowanie chorego do samoopieki, a jego opiekunów do sprawowania opieki nieprofesjonalnej na takim poziomie, aby nie dochodziło do zaniedbań pielęgnacyjno–opiekuńczych, a jakość życia chorego była jak najwyższa.

Wnioski

Jak wynika z powyższego opracowania, pielęgniarka chcąca realizować świadczenia w pielęgniarskiej opiece domowej długoterminowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, a więc w oparciu o umowę z dysponentem środków publicznych, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, powinna legitymować się nie tylko dużą wiedzą w zakresie zmian inwolucyjnych wynikających z procesu starzenia się, zagrożeń

wynikających z choroby przewlekłej i długotrwałego unieruchomienia, umiejętnościami praktycznymi do realizacji świadczeń pielęgniarskich, właściwą postawą etyczną, samodzielnością i rzetelnością, ale również umiejętnościami organizacyjnymi w zakresie pracy własnej i zespołu opiekującego się chorym w warunkach domowych. Umiejętność wnikliwej obserwacji, pozyskiwania wiedzy z wielu źródeł pozwoli pielęgniarce na określenie rzeczywistych potrzeb pacjenta i zaplanowanie realizacji świadczeń zgodnie z jego oczekiwaniami i adekwatnych do występujących deficytów. Właściwe zdiagnozowanie rodziny pacjenta z określeniem jej wydolności opiekuńczej, typu relacji występujących pomiędzy opiekunami a podopiecznym, co ma bezpośredni wpływ na stopień zabezpieczenia właściwej opieki dla przewlekle chorego, pozwoli na określenie stopnia samodzielności środowiska lub zakresu wsparcia, jakiego ono potrzebuje.

Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny, *Trwania życia w 2014 r.* GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. Warszawa 2015.
2. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.* Dz. U. 2013 poz. 1480, z dnia 9 grudnia 2013 r.
3. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm.).
4. Zarządzenie nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
5. Zarządzenie nr 96/2015/DSOZ z dnia 17 grudnia 2015 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.