

KWARTALNIK
WYDANIE III/2025 CZĘŚĆ 4

PORADNIK PRAWNY

POWIAT LUBELSKI

Instytucje opieki specjalistycznej dla osób starszych lub chorych



WWW.POMOCPRAWNA.OIC.LUBLIN.PL

WWW.OIC.LUBLIN.PL

WWW.POWIAT.LUBLIN.PL



Spis treści

str. 03

Dom Pomocy Społecznej

Michał Zawiaślak

str. 04

ZOL i ZPO

Michał Zawiaślak

str. 06

Hospicjum –

kompleksowa opieka paliatywna

Michał Zawiaślak

str. 08

Pielęgniarka środowiskowa

i długoterminowa domowa opieka

pielęgniarska na NFZ – jak wnioskować

o taką pomoc

Anna Paździor

Dom Pomocy Społecznej

1. Definicja i rola Domu Pomocy Społecznej

Dom Pomocy Społecznej (DPS) to placówka całodobowej opieki instytucjonalnej, której celem jest zapewnienie wsparcia osobom, które – z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innych ograniczeń – nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku. DPS-y realizują zadania pomocy społecznej wynikające z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z późn. zm.).

Placówki te wypełniają lukę między pomocą świadczoną w środowisku domowym a opieką medyczną w zakładach leczniczych. Zapewniają stałe wsparcie bytowe, pielęgnacyjne i terapeutyczne, umożliwiając osobom potrzebującym zachowanie możliwie największej samodzielności i godności życia.

2. Zakres świadczeń w DPS

Dom Pomocy Społecznej jest zobowiązany do zapewnienia mieszkańcom:

- całodobowej opieki bytowej – miejsce zamieszkania w odpowiednich warunkach, wyżywienie, utrzymanie higieny, odzież i obuwie,
- pomocy w codziennych czynnościach – ubieranie, karmienie, pomoc w poruszaniu się, toaleta,
- opieki pielęgnacyjnej i medycznej w zakresie wynikającym z potrzeb mieszkańców,
- rehabilitacji i terapii zajęciowej, zajęć kulturalnych, rekreacyjnych i edukacyjnych,
- wsparcia psychologicznego i socjalnego,
- umożliwienia praktyk religijnych zgodnie z wyznaniem mieszkańca,
- podtrzymywania i rozwijania kontaktów z rodziną oraz ze środowiskiem lokalnym.

Wysokiej jakości usługi DPS mają sprzyjać aktywizacji mieszkańców i utrzymaniu ich sprawności psychofizycznej na możliwie najlepszym poziomie.

3. Rodzaje Domów Pomocy Społecznej

Zgodnie z art. 56 ustawy o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej mogą być prowadzone dla:

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

Specjalizacja placówki pozwala dostosować infrastrukturę, program zajęć oraz kadrę do potrzeb konkretnej grupy mieszkańców. W praktyce spotyka się także DPS-y o profilu mieszanym, np. dla osób starszych i niepełnosprawnych ruchowo.

4. Organizacja i standardy funkcjonowania

DPS może być prowadzony przez:

- jednostki samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo),
- organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia),
- podmioty wyznaniowe.

Placówka musi posiadać zezwolenie wojewody, a jej działalność podlega regularnym kontrolom. Minimalne standardy w zakresie warunków bytowych, zatrudnienia personelu, wyżywienia i świadczeń określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r.

Wymaga się m.in.:

- odpowiedniej liczby pracowników (opiekunów, pielęgniarek, terapeutów, psychologów),
- pomieszczeń dostosowanych do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością ruchową,
- zapewnienia intymności i bezpieczeństwa mieszkańców.

5. Finansowanie pobytu

Pobyt w DPS jest odpłatny. Maksymalna opłata ponoszona przez mieszkańca wynosi 70% jego dochodu (np. emerytury, renty). Jeśli opłata ta nie pokrywa kosztu utrzymania:

- różnicę dopłaca rodzina – małżonek, zstępni (dzieci, wnuki) lub wstępni (rodzice),
- w ostateczności brakującą kwotę pokrywa gmina, z której mieszkaniec został skierowany.

Średni miesięczny koszt utrzymania ustala corocznie organ prowadzący placówkę (wójt, burmistrz, starosta, marszałek województwa). Stawki wahają się – w zależności od regionu i standardu – od ok. 4 500 zł do 10 000 zł miesięcznie.

osoby bliskie dopłacają za pobyt mieszkańca, jeżeli ich dochody przekraczają 300% kryterium dochodowego. Z kolei kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium. Od 1 stycznia 2025 r. progi w pomocy społecznej wzrosły i wynoszą 1010 zł dla osoby samotnej i 823 zł dla osoby w rodzinie. Próg 300% wynosi zatem odpowiednio 3030 albo 2469 zł.

6. Procedura skierowania do DPS

- Osoba zainteresowana lub jej opiekun składa wniosek w ośrodku pomocy społecznej (OPS) właściwym dla miejsca zamieszkania.
- Pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy i gromadzi dokumentację medyczną.
- OPS wydaje decyzję o skierowaniu do DPS, a następnie decyzję o odpłatności.
- Po przyjęciu do placówki podpisywana jest umowa o odpłatności między mieszkańcem (lub jego przedstawicielem) a organem prowadzącym.

7. Prawa i obowiązki mieszkańców

Mieszkańcy DPS mają prawo do:

- godnego traktowania i poszanowania prywatności,
- uczestniczenia w opracowaniu indywidualnego planu wsparcia,
- korzystania z usług zgodnie ze swoimi potrzebami,
- zgłaszania skarg na warunki pobytu czy sposób traktowania,
- swobody w kontaktach z rodziną i bliskimi.

Obowiązki obejmują m.in. przestrzeganie regulaminu placówki, współpracę z personelem oraz uiszczanie opłat za pobyt.

8. Nadzór i kontrola

Funkcjonowanie DPS podlega:

- kontroli wojewody (w zakresie przestrzegania standardów i przepisów),
- nadzorowi organu prowadzącego,
- ocenie społecznej (m.in. przez rady mieszkańców).

W przypadku stwierdzenia naruszeń standardów mieszkańcy lub ich bliscy mogą zgłaszać skargi do organu prowadzącego, wojewody, a także Rzecznika Praw Obywatelskich czy Rzecznika Praw Pacjenta.

9. Podsumowanie

Dom Pomocy Społecznej to kluczowy element systemu pomocy społecznej w Polsce. Zapewnia osobom starszym, przewlekle chorym lub niepełnosprawnym bezpieczne i godne warunki życia, a także wsparcie niezbędne do zachowania możliwie największej samodzielności. DPS-y koncentrują się na potrzebach bytowych, opiekuńczych i terapeutycznych – nie zastępują jednak zakładów leczniczych. Wysoki standard usług oraz poszanowanie praw mieszkańców są warunkiem prawidłowego funkcjonowania tych placówek.

ZOL i ZPO

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (ZOL)

Istota i miejsce w systemie ochrony zdrowia

ZOL jest podmiotem leczniczym o profilu opiekuńczo-leczniczym, przeznaczonym dla pacjentów wymagających stałego nadzoru medycznego, pielęgnacji oraz rehabilitacji, ale niewymagających hospitalizacji w oddziałach ostrych. Placówki te realizują świadczenia gwarantowane w ramach opieki długoterminowej, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. ZOL bywa określany jako przedłużenie leczenia szpitalnego w warunkach stabilnych, zapewniające możliwość dochodzenia do sprawności i zapobiegania powikłaniom.

Zakres usług

Oprócz świadczeń wymienionych wcześniej, ZOL zapewnia także:

- stałą obserwację kliniczną, ocenę ryzyka powikłań, kontrolę parametrów życiowych,
- kompleksowe planowanie farmakoterapii (także żywienie dojelitowe i pozajelitowe),
- wykonywanie prostych zabiegów medycznych (opatrunki, toaleta ran, wymiana cewników, drenaż),
- wsparcie dietetyka – indywidualne jadłospisy, karmienie przez PEG, sondę,
- elementy terapii zajęciowej i integracji społecznej,
- przygotowanie pacjenta i rodziny do ewentualnej opieki domowej (szkolenia z pielęgnacji).

Kadra i organizacja

W ZOL pracują:

- lekarze specjaliści (interniści, geriatry, rehabilitanci, czasem neurolog),
- pielęgniarki o specjalizacji w opiece długoterminowej,
- fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholog, dietetyk, pracownik socjalny,
- w zależności od potrzeb – logopeda, psychiatra, kapelan.

Placówki mogą być prowadzone przez samorządy, podmioty prywatne lub organizacje kościelne, ale muszą być wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Prawa pacjentów

Pacjent ZOL ma prawo do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej,
- informacji o stanie zdrowia, planie leczenia, rehabilitacji,
- poszanowania intymności i godności,
- kontaktów z rodziną, opiekunami prawnymi i duchownymi,
- zgłaszania uwag i skarg do kierownika placówki, NFZ lub Rzecznika Praw Pacjenta.

Nadzór i kontrola

ZOL podlega:

- kontroli wojewody (rejestracja, warunki lokalowe, kadra),
- NFZ (realizacja umowy, jakość świadczeń),
- Państwowej Inspekcji Sanitarnej (warunki higieniczne).

Nieprawidłowości można zgłaszać także do Rzecznika Praw Pacjenta lub Rzecznika Praw Obywatelskich.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (ZPO)

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) to stacjonarna placówka ochrony zdrowia, której zadaniem jest całodobowa opieka nad pacjentami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi, wymagającymi przede wszystkim pielęgnacji i rehabilitacji, a w mniejszym stopniu aktywnego leczenia. Podstawą prawną działalności ZPO jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy szczegółowe wydane przez Ministra Zdrowia.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy zapewnia pacjentom:

- całodobową opiekę pielęgniarską i rehabilitacyjną,
- świadczenia lekarskie w niezbędnym zakresie (np. konsultacje, kontrola farmakoterapii),
- rehabilitację i usprawnianie w miarę możliwości pacjenta,
- pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych (higiena, wyżywienie, ubieranie się, przemieszczanie),
- działania profilaktyczne (zapobieganie powikłaniom, np. odleżynom, infekcjom),
- wsparcie psychologiczne i możliwość praktyk religijnych,
- edukację pacjenta i jego rodziny w zakresie opieki domowej.

ZPO przeznaczony jest dla osób, które:

- są przewlekle chore i wymagają pielęgnacji oraz rehabilitacji,
- nie wymagają intensywnego leczenia szpitalnego,
- nie mogą samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym,
- wymagają pomocy w podstawowych czynnościach życiowych.

Przykłady pacjentów ZPO: osoby po urazach, z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową stawów, ze stwardnieniem rozsianym, z przewlekłą niewydolnością oddechową, osoby w podeszłym wieku z zespołem otępiennym.

Finansowanie pobytu

Pobyt w ZPO jest finansowany częściowo przez Narodowy Fundusz Zdrowia (świadczenia zdrowotne), a pacjent ponosi koszt zakwaterowania i wyżywienia – maksymalnie 70% swojego dochodu. W razie braku środków, koszty mogą zostać pokryte przez rodzinę lub gminę.

Procedura skierowania do ZPO

- Skierowanie wystawia lekarz prowadzący (szpitalny, rodzinny, specjalista).
- Do skierowania dołącza się dokumentację medyczną, ocenę stanu zdrowia i zapotrzebowanie na opiekę.
- O przyjęciu decyduje placówka, która ma kontrakt z NFZ.

Specyfika placówki

ZPO koncentruje się przede wszystkim na pielęgnacji, usprawnianiu i podtrzymywaniu funkcji życiowych osób przewlekle chorych i niesamozależnych. Leczenie farmakologiczne ma tu charakter jedynie podtrzymujący. To forma pośrednia pomiędzy opieką domową a ZOL, dla pacjentów, u których głównym problemem jest brak możliwości samoobsługi i potrzeba stałej pomocy.

Kadra

Podstawowy zespół to:

- pielęgniarki długoterminowe,
- opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi,
- lekarz konsultant (internista, geriatra, rehabilitacja),
- psycholog, kapelan, pracownik socjalny.

Warunki pobytu i standardy

ZPO zapewnia pokoje dostosowane do potrzeb osób leżących, łóżka rehabilitacyjne, zaplecze rehabilitacyjne i pomieszczenia wspólne. Obowiązuje standard minimalny: maks. 3 osoby w pokoju, łazienka dostępna dla osób z niepełnosprawnością, odpowiednia liczba personelu na dyżurze.

Prawa pacjentów

Tak jak w ZOL, pacjenci ZPO mają zagwarantowane prawa pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym prawo do: informacji, zgody na udzielanie świadczeń, poszanowania życia prywatnego i religijnego, kontaktu z rodziną.

Kontrola jakości

ZPO są kontrolowane przez NFZ (kontrakty), wojewodę (standardy, personel), sanepid (higiena). Placówki często wprowadzają wewnętrzne procedury jakości (np. ISO, akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia).

Rola w systemie opieki długoterminowej

ZPO pełni funkcję wsparcia dla rodzin i systemu pomocy społecznej. Umożliwia odciążenie opiekunów domowych, zapewniając choremu profesjonalną pielęgnację, a rodzinie – czas na regenerację lub pracę zawodową.



Hospicjum – kompleksowa opieka paliatywna

Definicja i misja hospicjum

Hospicjum to wyspecjalizowana placówka medyczna (stacjonarna lub domowa), która sprawuje opiekę paliatywną nad pacjentami w terminalnym stadium choroby. Głównym celem jest poprawa jakości życia chorego i jego bliskich poprzez leczenie objawowe, wsparcie emocjonalne i duchowe oraz przygotowanie do pożegnania. Hospicjum nie prowadzi leczenia przyczynowego choroby – skupia się na uśmierzaniu bólu, redukcji duszności, nudności, lęku czy innych objawów towarzyszących ciężkim, nieodwracalnym schorzeniom.

Podstawy prawne:

- ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Dla kogo przeznaczone jest hospicjum

Opieką hospicyjną mogą być objęci pacjenci:

- w terminalnym okresie chorób nowotworowych,
- z postępującymi chorobami neurologicznymi (SLA, choroba Huntingtona, zaawansowana choroba Parkinsona),
- z innymi przewlekłymi i postępującymi schorzeniami, gdy wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego (np. schyłkowa niewydolność serca, wątroby, płuc, nerek, ciężkie choroby metaboliczne),
- dzieci z wadami letalnymi, chorobami genetycznymi, nowotworami w fazie nieuleczalnej.



Zakres świadczeń

Hospicjum zapewnia pacjentowi i jego rodzinie:

- Całodobową opiekę medyczną – nadzór lekarski, dostosowanie leków, monitorowanie objawów.
- Opiekę pielęgniarską – podawanie leków (także w pompach infuzyjnych), opatrunki, profilaktyka odleżyn, pomoc w higienie i karmieniu.
- Kontrolę bólu i objawów (duszność, kaszel, wymioty, świąd, lęk, depresja).
- Rehabilitację paliatywną – ćwiczenia oddechowe, zapobieganie przykurczom, wsparcie w przemieszczaniu się.
- Wsparcie psychologiczne i duchowe – rozmowy z psychologiem, terapeutą, kapłanem, możliwość praktyk religijnych.
- Opiekę socjalną – pomoc w uzyskaniu świadczeń, poradnictwo dla rodziny, wypożyczanie sprzętu medycznego (łóżko, materace przeciwoleżynowe, ssaki, koncentratory tlenu).
- Edukację rodziny w zakresie pielęgnacji chorego, żywienia, podawania leków.
- Pomoc w żałobie – spotkania grup wsparcia, konsultacje psychologiczne po śmierci pacjenta.

Rodzaje hospicjów

- Hospicjum stacjonarne – całodobowa placówka medyczna dla pacjentów, którzy wymagają intensywnego leczenia objawowego lub których rodzina nie może zapewnić właściwej opieki w domu.
- Hospicjum domowe – zespół (lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, wolontariusze) odwiedza pacjenta w jego domu, umożliwiając pozostanie w znanym środowisku.
- Hospicjum dla dzieci – specjalistyczna opieka nad dziećmi i młodzieżą w fazie terminalnej choroby. Uwzględnia szczególne potrzeby dziecka i rodziny, organizuje zajęcia terapeutyczne i edukacyjne.

Kadra hospicjum

W skład zespołu hospicyjnego wchodzi:

- lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny paliatywnej, onkologii, anestezjologii lub chorób wewnętrznych,
- pielęgniarki z doświadczeniem w opiece paliatywnej,
- psycholog, psychoterapeuta, pedagog (zwłaszcza w hospicjach dziecięcych),
- fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, dietetyk,
- kapelan lub przedstawiciel wyznania pacjenta,
- wolontariusze hospicyjni (po szkoleniu).

Finansowanie

Świadczenia hospicyjne są w Polsce w całości finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Obejmują zarówno pobyt w hospicjum stacjonarnym, jak i wizyty zespołu w domu pacjenta czy konsultacje w poradni medycyny paliatywnej. Pacjent ani rodzina nie ponoszą kosztów leczenia, pielęgnacji czy rehabilitacji.

Hospicja prowadzone przez organizacje pozarządowe lub zakony mogą prosić o darowizny, ale nie mogą uzależniać przyjęcia od wpłat.

Procedura przyjęcia

- Skierowanie – wystawia lekarz rodzinny, specjalista lub lekarz szpitalny, gdy leczenie przyczynowe jest zakończone.
- Do skierowania dołącza się:
 - dokumentację medyczną (historia choroby, wyniki badań),
 - potwierdzenie, że leczenie przyczynowe nie jest już możliwe.
- Hospicjum kwalifikuje pacjenta, ustalając termin przyjęcia lub pierwszej wizyty w domu.
- W stanach nagłych możliwe jest przyjęcie bez skierowania, z późniejszym jego uzupełnieniem.



Prawa pacjenta i rodziny

Pacjent hospicjum ma prawo do:

- poszanowania godności, prywatności i wyznania,
- dostępu do informacji o stanie zdrowia i leczeniu objawowym,
- kontaktu z rodziną o każdej porze (zgodnie z zasadami sanitarnymi),
- wyboru duchownego lub opiekuna duchowego,
- wyrażania zgody lub odmowy na proponowane procedury.

Rodzina ma prawo do:

- pełnej informacji o sposobie opieki,
- nauki pielęgnacji chorego,
- pomocy psychologicznej, również po śmierci bliskiego.

Wolontariat w hospicjum

Wolontariusze hospicyjni są ważną częścią zespołu:

- towarzyszą pacjentom (czytają, rozmawiają, grają w gry, wychodzą na spacer),
- wspierają rodzinę w codziennych czynnościach,
- pomagają w organizacji wydarzeń, kwest i kampanii społecznych. Przed rozpoczęciem pracy odbywają szkolenie z zakresu komunikacji, etyki i zasad bezpieczeństwa.

Znaczenie hospicjum w systemie opieki długoterminowej

Hospicja uzupełniają działania DPS, ZOL i ZPO, oferując wysoko wyspecjalizowaną opiekę paliatywną tam, gdzie kluczowe jest nie leczenie przyczynowe, lecz komfort i bezpieczeństwo chorego oraz wsparcie jego rodziny.

Podsumowanie

Hospicjum to miejsce (lub zespół domowy), w którym najważniejszy jest człowiek i jego godność. Wspiera pacjenta w ostatnim etapie życia, zapewniając mu ulgę w cierpieniu, a jego bliskim – zrozumienie, edukację i pomoc w przeżywaniu żałoby. Dzięki finansowaniu ze środków publicznych opieka hospicyjna w Polsce jest dostępna bezpłatnie dla wszystkich spełniających kryteria medyczne.



Pielęgniarka środowiskowa i długoterminowa domowa opieka pielęgniarska na NFZ – jak wnioskować o taką pomoc

Dla wielu osób starszych, chorych przewlekle czy osób po wypadkach powrót do domu i codzienne funkcjonowanie bez wsparcia medycznego bywają trudne i wymagają pomocy specjalistów. W takich sytuacjach niezwykle istotną rolę odgrywa pielęgniarka środowiskowa oraz długoterminowa domowa opieka pielęgniarska, które mogą być świadczone w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawą prawną dla świadczeń pielęgniarskich w domu pacjenta jest przede wszystkim Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która gwarantuje pacjentowi, posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne, prawo do świadczeń w warunkach domowych, jeśli jego stan zdrowia uniemożliwia korzystanie ze świadczeń w poradni lub szpitalu. Szczegółowe regulacje dotyczące pielęgniarek środowiskowych i opieki długoterminowej znajdują się również w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, które określają standardy pielęgnacji środowiskowej oraz zakres świadczeń pielęgniarskich w domu pacjenta finansowanych przez NFZ. Ponadto Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku precyzuje obowiązki i kompetencje pielęgniarek, określając, jakie czynności mogą być wykonywane samodzielnie, a które wymagają współpracy z lekarzem lub zespołem medycznym.

Pielęgniarka środowiskowa to pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), która może świadczyć opiekę pielęgniarską poza placówką POZ, w miejscu zamieszkania pacjenta. Odpowiedzialna jest za prowadzenie terapii zleconej przez lekarza POZ. Jej zadania obejmują monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, w tym pomiar ciśnienia, poziomu cukru we krwi, temperatury, tętna oraz obserwację ogólnego samopoczucia. Pielęgniarka podaje leki zgodnie z zaleceniami lekarza, w tym leki dożylnie, insulinę, zdejmuje szwy pooperacyjne, a także wykonuje pielęgnację ran, odleżyn, cewników i innych urządzeń medycznych. Pomaga w zabiegach rehabilitacyjnych, pionizowaniu i prawidłowym ułożeniu chorej osoby. Do jej zadań należy także edukacja pacjentów i ich opiekunów w zakresie choroby, stosowania leków, zasad higieny, diety i profilaktyki.

Pielęgniarka środowiskowa współpracuje na stałe z lekarzem rodzinnym lub lekarzem specjalistą w celu dostosowania planu leczenia. Zajmuje się również wsparciem w codziennych czynnościach, m.in. współpracując z różnymi instytucjami lub służbami.

Jest częścią systemu podstawowej opieki zdrowotnej, a jej usługi są dostępne bezpłatnie dla pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne w NFZ, co oznacza, że nie trzeba za nie ponosić kosztów własnych, o ile spełnione są odpowiednie warunki medyczne.

Podobnie jak lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskową można wybrać samodzielnie, składając odpowiednią deklarację w placówce POZ lub przez IKP-Internetowe Konto Pacjenta. Maksymalnie dwa razy w roku, zawsze, gdy zaistnieje taka potrzeba, przysługuje bezpłatna zmiana pielęgniarki. Ubiegając się o opiekę pielęgniarki środowiskowej należy zwrócić się do lekarza POZ lub bezpośrednio do pielęgniarki. Chory może dokonać zgłoszenia samodzielnie lub być zgłoszony przez lekarza POZ, położną POZ, rodzinę, opiekunów, instytucję.



Jedynie uzasadnione medycznie przyczyny korzystania z usług pielęgniarki środowiskowej w miejscu zamieszkania pacjenta oznaczają, że z pomocy tej skorzystać mogą wszyscy opłacający składki zdrowotne, bez względu na wiek. Nie tylko więc osobom starszym przysługuje wsparcie, ale każdemu kto z powodu choroby, wypadku, rekonwalescencji po operacji chirurgicznej wymaga fachowej, systematycznej opieki pielęgniarskiej. Przy czym pacjent ten nie kwalifikuje się do hospicjum domowego i nie jest objęty opieką długoterminową.

Pielęgniarka środowiskowa pracuje w dni powszednie. Jeśli konieczne jest jej wsparcie w soboty i niedziele lub święta, wówczas lekarz POZ lub pielęgniarka POZ zgłaszają taką potrzebę w przychodni, która pełni dyżur w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w danym rejonie.

W przypadku gdy opieka pielęgniarki środowiskowej jest niewystarczająca można ubiegać się o przyznanie pielęgniarskiej opieki długoterminowej, która gwarantuje intensywniejszą opiekę medyczną, zwłaszcza w sytuacji osób, które wymagają stałej opieki dłużej niż 2 tygodnie.

Długoterminowa domowa opieka pielęgniarska jest formą wsparcia medycznego dla osób przewlekle i obłożnie chorych, wymagających ciągłej, intensywnej i przede wszystkim specjalistycznej opieki pielęgniarskiej, które z różnych powodów nie są hospitalizowane. Wiek pacjenta nie ma znaczenia.

Usługi te obejmują stałą lub okresową opiekę pielęgniarską w domu pacjenta, wsparcie w zakresie leczenia przewlekłych chorób, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby neurologiczne czy nowotwory, edukację opiekunów oraz rodzin, jak prawidłowo wspierać pacjenta, oraz współpracę z zespołem medycznym w zakresie koordynacji leczenia, rehabilitacji i monitorowania efektów terapii. Opieka długoterminowa jest szczególnie istotna w przypadku osób starszych i przewlekle chorych, które chcą pozostać w swoich domach zamiast przebywać w szpitalu lub w specjalistycznych placówkach opiekuńczych. W przypadku osób wymagających wsparcia paliatywnego, opieka domowa pozwala na godne życie w ostatnich miesiącach lub tygodniach choroby, a także zapewnia rodzinie i opiekunom wsparcie w trudnym czasie.



Aby otrzymać pomoc pielęgniarki opieki długoterminowej należy uzyskać od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub lekarza w szpitalu skierowanie wraz z załączoną kartą oceny stanu zdrowia pacjenta według skali Barthel. Skierowanie to jest podstawą do wyznaczenia pielęgniarki, która następnie kontaktuje się z pacjentem lub jego opiekunem, aby ustalić zakres usług, częstotliwość wizyt i szczegółowy plan opieki. Na stronie pacjent.gov.pl można skorzystać z wyszukiwarki placówek współpracujących z NFZ specjalizujących się w długoterminowej opiece pielęgniarskiej.

Należy mieć na uwadze, że pacjenci muszą spełniać określone wymagania. Do opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani jedynie pacjenci, którzy:

- otrzymali 40 punktów lub mniej w skali Barthel,
- nie są w ostrej fazie choroby psychicznej,
- nie korzystają równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo - leczniczego lub pielęgnacyjno - opiekuńczego).

Skala Barthel ocenia stan chorego przede wszystkim pod względem jego samodzielności przy wykonywaniu codziennych czynności, takich jak:

- spożywanie posiłków,
- siadanie,
- przemieszczanie się,
- ubieranie,
- kontrolowanie potrzeb fizjologicznych,
- utrzymanie higieny osobistej.

Skali tej nie stosuje się w przypadku dzieci poniżej 3 roku życia.

Zakres czynności, które wykonuje pielęgniarka w ramach opieki długoterminowej nie jest sztywno określony. Do wykonywanych czynności należy jednak zaliczyć przede wszystkim:

- leczenie i opatrywanie ran i odleżyn, monitorowanie stanu, zakładanie i zmianę opatrunków, wymianę cewników, podawanie leków, podłączanie kroplówki i wykonywanie zastrzyków,
- bieżącą pomoc opiekunom chorego, w tym uczenie ich zasad pielęgnacji i codziennych czynności m.in. mycia, zmiany opatrunków, podawania leków oraz karmienia,
- pomoc w pionizacji chorego, prowadzenie ćwiczeń oddechowych i podstawowych ćwiczeń ogólnousprawniających,
- doradzanie, jak zdobyć potrzebny sprzęt rehabilitacyjny i medyczny,
- edukowanie bliskich w zakresie opieki nad chorym,
- przepisywanie niektórych leków zgodnie z uprawnieniami, wypisywanie skierowań na określone badania oraz zleceń na niektóre wyroby medyczne (wózki inwalidzkie, okulary i inne).

Leki, środki higieniczne, opatrunkowe i inne wyroby medyczne zapewnia rodzina lub opiekun pacjenta.



Chcąc skorzystać z pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej należy pamiętać o obowiązujących zasadach dotyczących obowiązków pielęgniarki oraz organizacji wizyt.

- Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej zawiadamia lekarza i pielęgniarki POZ o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń, a także o istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjenta.
- Dla każdego pacjenta prowadzona jest karta wizyt, która powinna być potwierdzona podpisem przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna.
- Leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pacjent zapewnia sobie samodzielnie, a gdy jest to niemożliwe zapewnia je rodzina pacjenta lub jego opiekun faktyczny/prawny.
- Wizyty odbywają się nie rzadziej niż 4 razy w tygodniu, w dni powszednie tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-20:00, nie krócej niż przez 1,5 godziny
- W medycznie uzasadnionych przypadkach wizyty mogą odbywać się również w soboty i dni ustawowo wolne od pracy.
- W nocy od godz. 20:00 do 8:00 oraz w dni wolne od pracy świadczenia pielęgniarskie realizowane są w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Każda wizyta pielęgniarki jest dokumentowana w karcie świadczeń NFZ, co pozwala monitorować stan zdrowia pacjenta, kontrolować postępy terapii i prawidłowo rozliczać usługi finansowane ze środków publicznych.

Należy pamiętać, że pacjent objęty opieką pielęgniarki środowiskowej nie może jednocześnie korzystać z usług pielęgniarskiej domowej opieki długoterminowej.

Pielęgniarka środowiskowa oraz długoterminowa domowa opieka pielęgniarska są niezwykle ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, umożliwiając osobom chorym, przewlekle chorym i starszym pozostanie w swoich domach i otrzymanie wsparcia medycznego dostosowanego do ich potrzeb. Dzięki tym usługom pacjenci mogą uniknąć hospitalizacji, poprawić komfort życia, a rodziny i opiekunowie mają wsparcie w trudnym zadaniu opieki nad bliskimi.



SKORZYSTAJ Z BEZPŁATNYCH PORAD PRAWNYCH

WWW.POMOCPRAWNA.OIC.LUBLIN.PL

WWW.OIC.LUBLIN.PL

WWW.POWIAT.LUBLIN.PL

