View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Jagiellonian Univeristy Repository

Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej

Ludmiła Marcinowicz

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres do korespondencji: Ludmiła Marcinowicz, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok, tel. 85 732 68 20, e-mail: ludmila.marcinowicz@umb.edu.pl

Abstract

The role of a nurse and midwife in providing primary health care

The scope of responsibilities and services of a nurse and midwife in primary health care was presented on the basis of a review of literature and current legal acts. The scope of responsibilities of a primary care nurse and midwife includes services provided at the patient's home and at an outpatients' clinic concerning health promotion and disease prevention, as well as nursing, diagnostic, therapeutic and rehabilitation services. Services provided by a nurse in educational environment include carrying out and interpreting screening tests, counselling for students with health problems, care for students with chronic illnesses and disabilities, first aid, consultancy for the head teacher and participation in health education, including oral health issues. The objective of long-term home nursing care is to provide nursing care services at the patient's home, to instruct caregivers regarding proper care for the patient and to prepare the patient and their family to self-care and self-management.

Key words: health care services, nurses, primary health care

Słowa kluczowe: pielęgniarki, podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia zdrowotne

Wstęp

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi, których istotą jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak też nauczanie zawodu, prowadzenie prac naukowo-badawczych, kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek i położnych oraz praca na innych stanowiskach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych [1]. Istotą pielęgniarstwa jest m.in. szeroko rozumiana „troskliwość pielęgniarska", która według S. Poznańskiej polega na tym, że pielęgniarkę i jej postępowanie charakteryzują określone cechy, tj. lubi ludzi i nie jest jej obojętny ich los; chce im pomagać; posiada niezbędną ku temu wiedzę i umiejętności; zna i rozumie osoby, którym pomaga; zna ich problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia poprzez ułatwianie, a nie wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna swoje możliwości i ograniczenia oraz zasługuje na zaufanie [2]. Wszystkie te elementy troskliwości mają swoje odniesienie do pracy pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zgodnie z ogólnym trendem rozwoju POZ współczesne pielęgniarki i położne zapewniają opiekę pielęgniarską w zdrowiu i chorobie, koncentrując swoje działania na promowaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom wśród pojedynczych osób, rodzin oraz społeczności.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki i położnej POZ zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi i literaturą przedmiotu. Do realizacji założonego celu wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa oraz aktów prawnych.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek przyjęła następującą definicję pielęgniarki opieki podstawowej: to „dy-

plomowana pielęgniarka, mająca odpowiednią wiedzę, umiejętności podejmowania decyzji i kompetencje kliniczne. Ich zakres zależy od sytuacji i warunków kraju, w którym dana osoba uzyskuje prawo do wykonywania zawodu. Zaleca się, aby kandydaci do rozpoczęcia praktyki posiadali dyplom magistra" [cyt. za 3: 141]. Biorąc pod uwagę tak sformułowaną definicję, poszczególne kraje mają dowolność ustalania kompetencji pielęgniarki.

Pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania. Obejmuje opieką osoby zdrowe i chore, niezależnie od płci i wieku (z wyłączeniem noworodków i niemowląt do 2. miesiąca życia) oraz osoby niepełnoprawne [4]. Pod opieką jednej pielęgniarki nie powinno być więcej niż 2750 pacjentów [5]. W pracy pielęgniarki POZ mają zastosowanie kwalifikacje z następujących dziedzin pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, pediatrycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej; lub powinna posiadać tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w POZ [6].

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oprócz świadczeń lekarza pacjent ma również zagwarantowane świadczenia pielęgniarki POZ, położnej POZ oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. **Świadczenia gwarantowane pielęgniarki** POZ obejmują: wizyty w domu pacjenta; wizyty w warunkach ambulatoryjnych; wizyty patronażowe i realizację testów przesiewowych w celu monitorowania rozwoju dziecka oraz świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy (przeprowadzenie wywiadu, wypełnienie ankiety, edukacja zdrowotna pacjenta) [7]. Z badań przeprowadzonych w północno-wschodniej Polsce wynika, że celem wizyt pielęgniarki POZ w domu pacjenta są przede wszystkim takie czynności, jak wykonywanie iniekcji, zmiana opatrunków, a w dalszej kolejności rozmowa z pacjentami na temat problemów zdrowotnych i porady dotyczące stylu życia, świadczenia diagnostyczne (mierzenie ciśnienia, pomiary cukru we krwi) oraz pomoc w realizacji recept [8].

Szczegółowy zakres świadczeń określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej [4]. Zadania realizowane przez pielęgniarkę to:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które obejmują: rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym; rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych pacjentów; edukację zdrowotną; poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia; realizację programów zdrowotnych; działania profilaktyczne u osób z grup ryzyka zdrowotnego; organizację grup wsparcia; monitorowanie rozwoju dziecka; profilaktykę chorób wieku rozwojowego oraz edukację w zakresie szczepień ochronnych.
2. Świadczenia pielęgnacyjne, tj. opieka nad pacjentem w zdrowiu oraz różnych stanach choroby; wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych; przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.
3. Świadczenia diagnostyczne, w tym przeprowadzanie wywiadów środowiskowych; badanie fizykalne; wykonywanie pomiarów życiowych i ich interpretacja; ocena ogólnego stanu pacjenta; ocena jakości życia; wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej; wykonywanie testów diagnostycznych; pobieranie materiału do badań diagnostycznych; ocena i monitorowanie bólu; ocena wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny.
4. Świadczenia lecznicze, realizowane zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia; podawanie leków zleconych przez lekarza; zakładanie opatrunków; cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet; płukanie pęcherza; wykonywanie wlewów/wlewek doodbytniczych; wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych; zdejmowanie szwów; wykonywanie inhalacji; zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna; stawianie baniek; ustalanie diety w żywieniu chorych przewlekle; dobór technik karmienia w zależności od stanu zdrowia pacjenta; doraźną modyfikację dawki leków przeciwbólowych w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z uprawnieniami pielęgniarki.
5. Świadczenia rehabilitacyjne to rehabilitacja przyłóżkowa, usprawnianie ruchowe, ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku, drenaż ułożeniowy i gimnastyka oddechowa oraz ćwiczenia ogólnousprawniające.

Aktywność pielęgniarek POZ w zakresie działań profilaktycznych i promujących zdrowie znajduje potwierdzenie w doniesieniach naukowych i jest udokumentowana w literaturze pielęgniarskiej [9–11]. Dotyczy to m.in. profilaktyki nowotworów oraz chorób układu krążenia. Z doniesień wynika, że pielęgniarki rodzinne, które uczestniczyły w szkoleniach z zakresu onkologii, częściej udzielały instruktażu na temat samobadania piersi, częściej informowały kobiety o konieczności wykonywania regularnych badań ginekologicznych oraz edukowały na temat higieny życia seksualnego i prokreacji [9]. Doniesienia innych autorów wskazują, że pielęgniarka rodzinna powinna różnicować swoje działania profilaktyczne wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwienną serca w zależności od płci odbiorców tych działań, gdyż zarówno świadomość zdrowotna, jak i zachowania zdrowotne mogą być inne wśród kobiet, a inne wśród mężczyzn [10].

Szczególną rolę odgrywa pielęgniarka POZ w opiece nad ludźmi starszymi. W opinii pielęgniarek najczęściej realizowane świadczenia wobec osób starszych to świadczenia terapeutyczne i diagnostyczne. Natomiast ocena sytuacji społecznej, świadczenia opiekuńcze oraz edukacja pacjentów rzadziej były wskazywane przez ankietowane pielęgniarki [12]. Z badań jakościowych, opartych na zogniskowanych wywiadach grupowych, wynika, że szczególnie istotnym zadaniem pielęgniarki jest udzielanie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego starszym podopiecznym oraz ich rodzinom [13].

D. Kilańska, powołując się na źródła Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, przedstawia dziewięciogwiazdkowy model pielęgniarki rodzinnej[1], która realizuje zadania jako: *edukator zdrowia (nauczanie rodzin o zdrowiu i chorobie); **świadczeniodawca opieki i nadzorujący opiekę; ***rzecznik rodziny (pomaganie rodzinom i wspieranie ich); ****epidemiolog (śledzenie przypadków zachorowań); *****badacz; ******menedżer i koordynator; *******doradca; ********konsultant (np. ułatwianie dostępu do usług) oraz *********modyfikator środowiska (np. działania na rzecz dostosowania środowiska do potrzeb osoby niepełnosprawnej) [3].

Położna podstawowej opieki zdrowotnej

Położna POZ realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad kobietą w każdym okresie jej życia oraz opiekę nad noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. miesiąca życia. Działania położnej obejmują edukację w zakresie planowania rodziny, opiekę w czasie ciąży, porodu i połogu oraz opiekę w schorzeniach ginekologicznych [4]. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną położną nie powinna przekraczać 6600 osób [5]. W pracy położnej POZ mają zastosowanie kwalifikacje w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz trzyletni staż pracy w POZ [6].

Zgodnie z rozporządzeniem **świadczenia gwarantowane położnej** to: wizyty realizowane w warunkach ambulatoryjnych; wizyty w domu pacjentki; wizyty patronażowe (co najmniej 4 wizyty; pierwsza wizyta powinna odbyć się w ciągu 48 godzin od momentu opuszczenia szpitala przez matkę i dziecko) oraz wizyty profilaktyczne [7]. Po zrealizowaniu wizyt patronażowych przez położną opiekę nad niemowlęciem przejmuje pielęgniarka POZ. Położna POZ realizuje świadczenia w następujących kategoriach [4]:

1. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób – edukacja i poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia kobiety; poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; poradnictwo laktacyjne; przygotowanie do porodu; kształtowanie właściwych postaw rodzicielskich; edukacja w zakresie metod regulacji płodności; zapobieganie chorobom ginekologicznym i patologiom położniczym; zapobieganie zakażeniom HIV i chorobom przenoszonym drogą płciową; edukacja w zakresie szczepień ochronnych.
2. Świadczenia diagnostyczne – wywiad środowiskowy/rodzinny; monitorowanie przebiegu ciąży i połogu; badanie położnicze; obserwacja i ocena rozwoju psychoruchowego noworodka; ocena poziomu bilirubiny; wykonywanie pomiarów i testów diagnostycznych; pobieranie materiału do badań diagnostycznych; ocena relacji rodziny z dzieckiem.
3. Świadczenia pielęgnacyjne – planowanie, realizacja i ocena opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem; wspieranie rodziny; przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.
4. Świadczenia lecznicze (zgodnie z odrębnymi przepisami) – udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłych i zagrożenia życia; przyjmowanie nagłego porodu w domu; zabezpieczenie krocza; udzielanie pomocy w okresie laktacji; wykonywanie zabiegów leczniczych.
5. Świadczenia rehabilitacyjne – ćwiczenia usprawniające; drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej i relaksacyjnej.

Z badań ankietowych przeprowadzonych wśród położnych POZ w Poznaniu wynika, że łączna liczba świadczeń położnej wykonywanych na rzecz podopiecznych w ciągu jednego miesiąca wynosiła: w zakresie profilaktyki i patronaży – 167, w zakresie diagnostyki – 104, w zakresie pielęgnacji – 66, w zakresie leczenia – 43, a w zakresie rehabilitacji – 17. Świadcząc opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia, położne POZ współpracowały głównie z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ oraz lekarzem ginekologiem, a jakość tej współpracy najczęściej była oceniana jako dobra i bardzo dobra [14].

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, razem z lekarzem POZ i lekarzem dentystą, sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, która ukończyła lub odbywa szkolenie specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w POZ, albo higienistka szkolna. Profilaktyczną opiekę nad uczniem może realizować także położna z odpowiednimi kwalifikacjami oraz co najmniej pięcioletnim stażem pracy w środowisku nauczania i wychowania. Sprawując opiekę profilaktyczną nad uczniami, pielęgniarka lub położna współpracuje z lekarzem POZ, lekarzem dentystą, pielęgniarką POZ, opiekunami ucznia, dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną oraz instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży [15].

Świadczenia gwarantowane pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania to:

1. wykonywanie i interpretacja testów przesiewowych;
2. opieka nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;
3. poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
4. opieka nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością;
5. udzielanie pomocy przedlekarskiej w nagłych przypadkach;
6. doradztwo dla dyrektora szkoły w zakresie bezpieczeństwa uczniów, warunków sanitarnych w szkole oraz organizacji posiłków;
7. udział w edukacji zdrowotnej, w tym w zakresie zdrowia jamy ustnej [7].

W literaturze przedmiotu podkreśla się szczególną rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kształtowaniu prozdrowotnych postaw uczniów, gdyż

często jest ona inicjatorem działań edukacyjnych i promujących zdrowie w środowisku szkolnym [16]. Istotną rolę odgrywa również pielęgniarka w koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie. Wchodząc w skład szkolnego zespołu promocji zdrowia, przypisano jej rolę konsultanta i doradcy zdrowotnego oraz łącznika między szkołą a placówkami opieki zdrowotnej na danym terenie [17].

Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej

Pacjenci przewlekle chorzy i niepełnosprawni, którzy nie wymagają hospitalizacji na oddziałach lecznictwa stacjonarnego, ale potrzebują systematycznej i wzmożonej pielęgnacji, mogą być objęci pielęgniarską opieką długoterminową domową. Do tej formy opieki mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy w ocenie za pomocą skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów [18]. Zakres zadań pielęgniarki zależy od rodzaju problemów pielęgnacyjnych i potrzeb pacjenta oraz jego rodziny lub opiekunów. Zadaniem pielęgniarki jest sprawowanie adekwatnej do potrzeb opieki pielęgniarskiej, edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny, przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, ułatwianie pozyskania sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji pacjenta w domu, a także pomoc w sprawach socjalno-bytowych [19].

Liczba pacjentów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę nie może przekraczać 6 osób, jeżeli mają różne adresy zamieszkania, i nie może być większa niż 12 osób, jeżeli przebywają pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej). Dostępność udzielania świadczeń powinna być zagwarantowana od poniedziałku do piątku, a także w dni wolne od pracy, w medycznie uzasadnionych przypadkach. W pracy pielęgniarki opieki długoterminowej mają zastosowanie kwalifikacje w dziedzinie opieki długoterminowej, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, pediatrycznego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej [20].

Chociaż praca pielęgniarki opieki długoterminowej domowej jest pracą samodzielną, to wymaga współpracy z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką rodzinną, pracownikiem socjalnym oraz innymi osobami i instytucjami działającymi na rzecz osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych [19].

Jakość opieki pielęgniarki i położnej

Dbanie o dobrą jakość realizowanych świadczeń to istotny cel działań pielęgniarki i położnej w opiece podstawowej. Według A. Donabediana jakość opieki zdrowotnej może być oceniana w odniesieniu do trzech elementów: struktury, procesu i wyniku [21]. W aspekcie opieki pielęgniarskiej na **strukturę** składa się wyposażenie gabinetu i torby pielęgniarskiej, liczba i kwalifikacje personelu, organizacja pracy pielęgniarek, metody płacenia za opiekę. **Proces** to wszelkie działania stanowiące opiekę zdrowotną nad pacjentem, w tym pielęgnowanie, zapobieganie i edukacja zdrowotna, z udziałem pacjentów i ich rodzin. **Wynik** oznacza zmiany w odniesieniu do jednostki i populacji, np. zmiany w stanie zdrowia, zmiany w poziomie wiedzy i zachowaniach pacjentów, zadowolenie pacjentów i ich rodzin z otrzymanej opieki.

Zapewnienie jakości w pielęgniarstwie opieki podstawowej to bezpieczeństwo usług, dostosowanie opieki do potrzeb odbiorców, dostępność świadczeń, podmiotowość pacjenta oraz ciągłość opieki. Bezpieczeństwo usług wymaga odpowiednich kwalifikacji pielęgniarek, stosowania nowoczesnych metod pielęgnowania oraz posługiwania się standardami postępowania [3]. W trosce o jakość opieki pielęgniarka rodzinna może wykorzystywać różne teorie pielęgniarstwa. W praktyce zawodowej szczególnie przydatne są takie teorie, które uwzględniają przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki, np. model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem [22]. W opiece środowiskowej nad osobami przewlekle chorymi praktyczne zastosowanie ma teoria Virginii Henderson, która koncentruje się wokół potrzeb zdrowotnych człowieka [23]. Poprawa jakości opieki wiąże się również ze standardami pielęgnowania. Z. Kawczyńska-Butrym proponuje następujące standardy w pielęgniarstwie rodzinnym: Standard I. Gromadzenie danych i diagnoza; Standard II. Planowanie opieki; Standard III. Realizowanie planu opieki; Standard IV. Ocena wyników opieki; Standard V. Zakres wiedzy i umiejętności pielęgniarki rodzinnej; Standard VI. Badania naukowe; Standard VII. Cechy i predyspozycje pielęgniarki rodzinnej [24].

Aktualne trudności zawodowe w pracy pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Z wypowiedzi pielęgniarek rodzinnych na łamach czasopisma „Służba Zdrowia" wynika, że ich głównym problemem jest szeroki zakres obowiązków wobec dużej liczby podopiecznych. Konieczność wykonywania nowych zadań zapisanych w aktach prawnych nie znajduje jednak przełożenia na dodatkowe wynagrodzenie. Konsekwencją takiej sytuacji jest zmniejszenie czasu pracy przeznaczonego na świadczenia realizowane w domu pacjenta. W trosce o zapewnienie jak najlepszej jakości świadczeń pielęgniarki postulują rozdzielenie zadań na pielęgniarkę pracującą w gabinecie i pielęgniarkę pracującą w środowisku domowym pacjenta. Ponadto oczekują dodatkowego finansowania niektórych procedur (np. leczenia ran) [25]. Postulat odrębnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przez pacjentów został spełniony wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 21 marca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw [26]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 roku obecnie obowiązują nowe wzory deklaracji – odrębne dla lekarza, pielęgniarki i położnej POZ [27].

Innym problemem, który może mieć wpływ na pracę zawodową i dotyczy ogółu pielęgniarek i położnych, jest wzrost średniej wieku osób wykonujących te zawody. Z analiz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że w 2008 roku średnia wieku pielęgniarek wynosiła

44,19, a położnych – 43,23 roku, natomiast w 2013 roku odpowiednio: 48,69 i 47,69 roku [28].

Podsumowanie

Pielęgniarka i położna, opiekując się podopiecznym w zdrowiu i chorobie, zajmuje się także rodziną, w której dany człowiek funkcjonuje, uwzględniając jego środowisko życia, pracy i nauki oraz społeczność lokalną, w tym religię, wartości kulturowe oraz warunki socjoekonomiczne. Od pielęgniarki i położnej opieki podstawowej oczekuje się wysokiego poziomu etyczno-moralnego i wysokiego poziomu odpowiedzialności. W kontakcie z pacjentem i jego rodziną wymagana jest umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktu, słuchania, wyjaśniania oraz rozumienia zachowań niewerbalnych. Powinna wykazywać się empatią i wrażliwością na problemy innych ludzi. Potrzebne są również zdolności organizacyjne oraz umiejętność efektywnej współpracy w zespole oraz z innymi świadczeniodawcami.

Wszechstronne podejście i opieka ukierunkowana na pacjenta wymagają pracy zespołowej. Modelowym rozwiązaniem jest międzysektorowa współpraca na poziomie opieki podstawowej w następującym składzie: lekarz, pielęgniarka i położna POZ, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarka opieki długoterminowej oraz pracownik socjalny, podlegający sektorowi pomocy społecznej.

Przypis

[1] Pielęgniarka rodzinna (dawniej środowiskowa, a następnie środowiskowo-rodzinna) to pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Instrukcja nr 4/85 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 28 października 1985 r. w sprawie pielęgniarki środowiskowej stanowi formalny początek pielęgniarstwa rodzinnego, w której określenie „środowisko" zostało zastąpione przez „rodzinę".

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039.
2. Poznańska S., *Pielęgniarstwo – zakresy rozumienia dziedziny*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. *Założenia teoretyczne*. Wyd. II. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 21–34.
3. Kilańska D. (red.), *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010: 141–142.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. Nr 214, poz. 1816. Załącznik nr 2.
5. Zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2013, poz. 1248.
8. Marcinowicz L., Chlabicz S., Konstantynowicz J., Gugnowski Z., *Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland*. „Health Soc. Care Community" 2009; 17: 327–334.
9. Stefanowicz A., Kulik T.B., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pacian A., Janiszewska M., *Czy uczestnictwo pielęgniarek środowiskowych w szkoleniach onkologicznych ma wpływ na podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych w podstawowej opiece zdrowotnej?*. „Probl. Pielęg." 2011; 19: 365–371.
10. Rząca M., Charzyńska-Gula M., Stanisławek A., *Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwienną serca w świetle diagnozy zachowań zdrowotnych wybranej grupy osób*. „Probl. Pielęg." 2011; 19(4): 515–519.
11. Doroszkiewicz H., *Elementy promocji zdrowia wobec ludzi starszych w aktywności zawodowej pielęgniarki środowiskowej*. „Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.]" 2007; 62(Suppl 18.); 2: 66–68.
12. Doroszkiewicz H., Bień B., *Community nursing care of the elderly during transformation of the primary health care system.* „Rocz. Akad. Med. Bialymst." 2005; 50(Suppl. 1): 102–106.
13. Zaczyk I., Brzyska M., Stypuła A., Tobiasz-Adamczyk B., *Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych"*. „Probl. Pielęg." 2011; 19: 239–243.
14. Biskupska M., Niewiadomski T.J., *Współpraca położnych podstawowej opieki zdrowotnej z podmiotami świadczącymi opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do drugiego miesiąca życia*. „Probl. Pielęg." 2009; 17: 301–305.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U. Nr 139, poz. 1133.
16. Lizak D., Seń M., Laska E., *Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kreowaniu prozdrowotnych postaw uczniów*. „Pielęg. XXI Wieku" 2012; 4: 129–133.
17. Woynarowska B. (red.), *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*. Zeszyt 10–11. Wydanie specjalne. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006.
18. Zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
19. Stojak Z., *Zasady kierowania pacjentów do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej*. „Lek. Rodzinny" 2013; 1: 66–68.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. 2010.255.1719.
21. Donabedian A. (red.), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford 2003: 46–47.
22. Płaszewska-Żywko L., *Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. *Założenia teoretyczne*. Wyd. II. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 190–200.
23. Zarzycka D., *Model teoretyczny pielęgniarstwa Wirginii Henderson*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. *Założenia teoretyczne*. Wyd. II. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 183–190.
24. Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Czelej, Lublin 2001: 113–118.
25. Lurka K., *Pani od wszystkiego*. „Służba Zdrowia" 2014; 34–42: 60–63.
26. Ustawa z dnia 21 marca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2014, poz. 619.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 roku w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2014, poz. 779.
28. Szcześniak A., Jędrysiak P., *Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2730; dostęp: 15.12.2014.