

Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej
Kwartalnik międzynarodowy

LONG-TERM CARE NURSING
INTERNATIONAL QUARTERLY

ISSN 24502-8624

tom 7, rok 2022, numer 3, s. 31-39

DOI: 10.19251/pwod/2022.3(3)

e-ISSN 2544-2538

vol. 7, year 2022, issue 3, p. 31-39

Katarzyna Małgorzata Mucha^{1,D}

**KOMPETENCJE PIEŁĘGNIARSKIE WYKORZYSTANE
PODCZAS KWALIFIKACJI PACJENTA
Z OWRZODZENIEM ODLEŻYNOWYM DO
PIEŁĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
DOMOWEJ**

**Nursing competences used during the qualification of a patient with pressure
ulcer for Long-Term Nursing Home Care**

¹Hospicjum Domowe, Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa, Stowarzyszenie Opieki
Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Hosp-Med Spółka z o.o., Polska

A - Koncepcja i projekt badania, B - Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C - Analiza i interpretacja
danych, D - Napisanie artykułu, E - Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F - Zatwierdzenie ostatecznej
wersji artykułu

Natalia Grączewska – 0000-0002-7816-6671

Streszczenie (j. polski):

Pielęgniarka pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej sprawuje bezpośrednią opiekę nad pacjentem ciężko chorym wykonując wizyty domowe, a także ponosi odpowiedzialność moralną i prawną za swoje decyzje medyczne. W przedstawionym opisie przypadku zaprezentowano kwalifikację do długoterminowej opieki domowej pacjenta z rozległym owrzodzeniem odleżynowym, w stanie u kresu życia. Kwalifikacji dokonała magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej wykorzystując nabyte w toku kształcenia kompetencje oraz umiejętności i doświadczenie

wynikające z długoletniej pracy zawodowej. Pacjenci z owrzodzeniem odleżynowym, u kresu swojego życia, są bardzo często obejmowani specjalistyczną opieką długoterminową, świadczoną w warunkach domowych. Główne działania są podejmowane z zakresu leczenia i pielęgnacji ran przewlekłych, trudno gojących się, pielęgnacji pacjenta zgodnie z ustalonym wcześniej procesem pielęgnowania, a także szeroko pojętą edukacją osób bliskich i opiekunów faktycznych. Istotną rolę w tym procesie odgrywa pielęgniarka, której przygotowanie i doświadczenie zawodowe umożliwia samodzielne podejmowanie decyzji medycznych.

Streszczenie (j. angielski):

A home long-term nursing nurse takes direct care of a seriously ill patient by making home visits. The nurse is morally and legally responsible for their medical decisions. This case report describes the eligibility for long-term home care of a patient with extensive pressure ulcer at the end of life. Qualification is done by a Master of Nursing, specialist in palliative care nursing, using the competences acquired in the course of education, as well as skills and experience resulting from many years of professional work. Patients with pressure ulcers, at the end of their lives, very often receive specialist long-term care at home. The main activities are undertaken in the field of treatment and care of chronic, difficult to heal wounds, patient care in accordance with a previously established nursing process, as well as broadly understood education of relatives and actual caregivers. An important role in this process is played by the nurse, whose preparation and professional experience enable independent making medical decisions.

Słowa kluczowe (j. polski): Opieka długoterminowa, kompetencje, owrzodzenie odleżynowe, kwalifikacja.

Słowa kluczowe (j. angielski): long-term care, competences, pressure ulcer, qualification.

Praca wpłynęła do Redakcji: 02.11.2022

Poprawiono:

Zaakceptowano do druku: 04.11.2022

Data ostatniej recenzji: 03.11.2022

Krótki tytuł

Kwalifikacja do opieki długoterminowej domowej.

Autor do korespondencji

Katarzyna Małgorzata Mucha

Hospicjum Domowe,

Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej,

Hosp-Med Spółka z o.o., Krakowska 45a, 42-202, Częstochowa, Polska; email: mkasia1m1@gmail.com

Telefon: 662-094-060

Skrócona lista autorów

K. Mucha

Wstęp

Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej sprawuje bezpośrednią opiekę nad pacjentem ciężko chorym, często u schyłku życia, gdzie głównym problemem pielęgnacyjnym są owrzodzenia odleżynowe. Bardzo często podejmuje samodzielne decyzje medyczne znajdując się na wizycie domowej bezpośrednio w środowisku pacjenta. W toku kształcenia przed i po dyplomowego nabywa ona umiejętności, ale również szeroko pojęte kompetencje uprawniające ją do samodzielności w zakresie leczenia i pielęgnacji pacjenta. Wiąże się to z odpowiedzialnością zawodową. Jej zakres kompetencji jest uszczegółowiony przepisami prawa. Samodzielność ta jest szczególnie widoczna i wykorzystywana w zespołach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Obecnie kształcenie na kierunku pielęgniarstwo odbywa się na poziomie studiów licencjackich oraz magisterskich co daje określone w programie kształcenia kompetencje i uprawnienia wykorzystywane w pracy zawodowej. Kształcenie podyplomowe odbywa się na poziomie kursów dokształcających, specjalistycznych, kwalifikacyjnych oraz specjalizacyjnych zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej.[1] W toku tego kształcenia pielęgniarki uzyskują kompetencje dostosowane do poziomu kursu. Uprawnienia pielęgniarek ustawodawca sukcesywnie rozszerza podkreślając samodzielność tego zawodu medycznego i jego prestiż. **Świadomość posiadanych uprawnień** może skutkować wykorzystaniem ich podczas wizyty kwalifikacyjnej. Należy wcześniej zapoznać się z dokumentacją medyczną, rozpoznaniem i potrzebami pacjenta i jego opiekunów zakresie proponowanej opieki. Niezwykle istotny będzie tutaj wywiad przeprowadzony z chorym lub/i jego rodziną. Biorąc pod uwagę wyżej przedstawione założenia w prezentowanym artykule opisano wykorzystanie wiedzy, umiejętności, kompetencji a także uprawnień jakie prawodawca zawarł w stosownych aktach prawnych w przedmiotowym temacie.

Cel pracy

Prezentowanie kompetencji i uprawnień pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa oraz specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wykorzystanych podczas samodzielnej kwalifikacji pacjenta, znajdującego się u kresu życia z rozpoznaniem owrzodzenia odleżynowego do Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej Domowej.

Material i metody

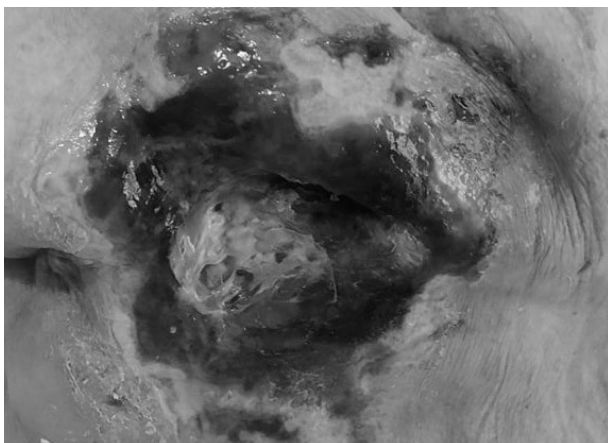
Opis przypadku

Pacjentka 87 letnia z rozpoznaniem owrzodzenie odleżynowe L89.[2] Rozpoznania współistniejące to: nadciśnienie samoistne I10, migotanie i trzepotanie przedsionków I48, otępienie bliżej nie określone F03, miażdżyca I70, dysfagia R13, niewydolność serca nieokreślona I50. Kierowana do objęcia opieką przez Pielęgniarską Opiekę Długoterminową Domową po pobycie szpitalnym z powodu infekcji dróg moczowych oraz przedawkowania leków przeciw zakrzepowych, podczas którego opracowano chirurgicznie występujące wcześniej odleżyny. Skierowanie wystawił lekarz POZ oraz pielęgniarka środowiskowa.

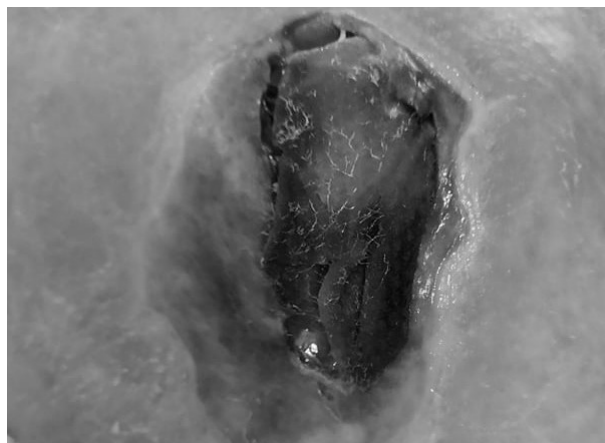
W dniu kwalifikacji, podczas wizyty domowej stan chorej ciężki, BARTEL – 0, ZUBROD – 4, GLASGOW – 7 punktów (chora z brakiem przytomności), leżąca. Kontakt logiczno – słowny nie możliwy do nawiązania z powodu nasilenia objawów zespołu otępiennego oraz braku przytomności. Chora spokojna, reaguje na dotyk, nie manifestuje bólu. W badaniu fizykalny skóra sucha, marmurkowa, łuszcząca się, z licznymi owrzodzeniami odleżynowymi, ranami trudno gojącymi się. W związku z istniejącą sytuacją braku kontaktu z pacjentem zgodę na objęcie opieką wyraziła i podpisała w dokumentacji

medycznej córka pacjentki, osoba bliska sprawująca bezpośrednią, faktyczną opiekę, mieszkająca z matką. Potraktowano to jako zgodę dorozumianą. Córka pacjentki oczekuje od zespołu głównie rozwiązań związanych z pielęgnacją chorej oraz opanowaniem dolegliwości w okresie odchodzenia. Utrzymuje stały kontakt z lekarzem POZ. Zgłasza również potrzeby w zakresie pomocy psychologicznej względem swojej osoby. Wdrożenie całościowego wsparcia wydaje się nieodzowne i konieczne. Po przeprowadzeniu badania fizykalnego wyodrębniono:

- owrzodzenie odleżynowe nr 1 [zdjęcie nr 1]- okolicy kości krzyżowej według skali EPUAP niesklasyfikowane [3] z martwicą suchą, czarną oraz rozplywną brązowo-żółtą, wielkości około 12 cm x 15 cm, z zachyłkami. Brak możliwości oceny łożyska rany. Skóra wokół owrzodzenia bez cech infekcji.



Zdjęcie nr 1



Zdjęcie nr 2

- Owrzodzenia odleżynowe nr 2 [zdjęcie nr 2]- okolicy lewego biodra wg skali EPUAP III stopnia, wielkości 10 cm x 7 cm oraz 2 cm x 5 cm. Wypełnione żółtą rozplywną martwicą. Ocena łożyska rany nie możliwa, brzegi rany gładkie, bez cech infekcji.
- Owrzodzenia odleżynowe nr 3 [zdjęcie nr 3]- znajdujące się w okolicy pięty lewej według skali EPUAP niesklasyfikowane, wypełnione suchą i rozplywną martwicą, zwarte z podłożem, skóra wokół bez cech infekcji.
- Owrzodzenie odleżynowe nr 4 [zdjęcie nr 4] - okolica wyrostków kręgów piersiowych kręgosłupa, uwypukleń kości żeber według skali EPUAP II stopnia z martwicą suchą, czarną.



Zdjęcie nr 3



Zdjęcie nr 4

Na skórze całego ciała wybroczyny, zasinienia, pęcherze z płynem przesiękowym. [zdjęcie nr 5,6] Na kończynach dolnych od kolan do okolicy kostek zasinienie z uwidocznionym krwiakiem podskórnym. Podobne zasinienie z wysiękiem podskórnym w okolicy prawej kończyny górnej – [zdjęcie nr 6] Ruchomość w stawach ograniczona, bolesność podczas zmiany pozycji ułożeniowej. Obrzęki uogólnione, szczególnie wokół stawów łokciowych i kolanowych obrzęk ciastowaty. Jama ustna sucha, z nalotem, występują zmiany grzybicze. Brzuch miękki, rozlany, bez oporów patologicznych, bez objawów otrzewnowych, w bańce odbytu występują kamienie kałowe. Perystaltyka obecna. Dolegliwości bólowe opo- nowane farmakologicznie za pomocą Buprenorfiny 52,5 mq/h zmian systemu transdermalnego co trzy dni według zlecenia lekarza POZ.



Zdjęcie nr 5



Zdjęcie nr 6

Pacjentka z założonym cewnikiem Foleya do pęcherza moczowego oraz sondą żołądkową przez którą otrzymuje dietę przemysłową wysokobiałkową. Zabezpieczona w sprzęt typu łóżko elektryczne, materac przeciw odleżynowy zmiennościśnieniowy, podkłady jednorazowe oraz pieluchomajtki. Wcze- śniejsze leczenie i pielęgnacja ran nie była prowadzona pod nadzorem profesjonalistów medycznych, dorażnej pomocy udzielała pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, natomiast leczeniem objawowym zaj- mował się lekarz POZ. Chora wymaga pełnej pielęgnacji i zaspakajania potrzeb fizjologicznych w łóżku przez osoby drugie oraz profesjonalnego wsparcia medycznego.

Występujące na ciele pacjentki owrzodzenia odleżynowe mają charakter trwałe, nieuleczalny, mo- żemy je zaliczyć do niegojących się ran terminalnych, nie rokujących na wyleczenie, zarówno ze względu na ich rozległość, liczebność i fazę gojenia ale także stan fizyczny chorej. Rozległość owrzodzeń oraz zaawansowany, ciężki stan chorej wynikający z jej wielochorobowości uniemożliwiają działania rady- kalne. Przewiezienie chorej w obecnej sytuacji do szpitala mogłoby zagrażać jej życiu, nie przyniosłoby spodziewanych efektów, a przeprowadzenie procedury opracowania chirurgicznego w warunkach do- mowych jest nie możliwe. Córka pacjentki nie wyraża zgody na pobyt chorej w szpitalu mając na uwadze stan ogólny, doświadczenia z poprzednich pobytów oraz zaangażowanie w opiekę i więź emocjonalną. Córka pacjentki chce świadomie towarzyszyć chorej podczas odchodzenia w domu. Oczekuje wsparcia w zakresie pielęgnacji, edukacji oraz minimalizacji nasilających się objawów u chorej.

Podczas wizyty kwalifikacyjnej wykonano zabiegi pielęgniarstwa dostosowane do potrzeb i stanu pacjentki. Wykonano toaletę całego ciała, przeciw odleżynową, toaletę jamy ustnej, płukanie cewnika Foleya, sprawdzono drożność sondy żołądkowej, ręczną ewakuację kamieni kałowych. Priorytetowym zadaniem było wykonanie higieny występujących ran, z wykorzystaniem lawaseptyki oraz zabezpie- czenie odleżyn w dostępne u pacjentki materiały opatrunkowe. Po wykonaniu zabiegów ułożono chorą

w dogodnej pozycji oraz poinstruowano opiekunów o sposobie i konieczności regularnej zmiany ułożenia.

Opiekunom pacjentki przedstawiono zalecenia pielęgniarские. Po dokonaniu oceny procesu gojenia odleżyn według systemu klasyfikacji odleżyn EPUAP [3] wystawiono również recepty na opatrunki specjalistyczne – hydrożele, opatrunki chłonne antybakteryjne, dostosowane do wielkości i kształtu rany, lawaseptyki, środki antyseptyczne. Dokonano oceny stopnia wystąpienia odleżyn za pomocą skali Waterlow – 23p co oznacza bardzo wysokie ryzyko powstania odleżyn. Podczas procesu pielęgnacji wdrożono zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. [3] Wystawiono wnioski na kontynuację wyrobów medycznych oraz informację dotyczącą specjalistycznych środków do pielęgnacji. Ustalono plan pielęgnacji. Wizytę pielęgniarскую kwalifikacyjną opisano w dokumentacji indywidualnej pacjentki. Po wykonaniu badania fizykalnego oraz przeprowadzeniu wywiadu z córką sprawującą bezpośrednią opiekę, rozpoznaniu potrzeb bio-psycho-społecznych oraz przeprowadzeniu oceny według skali BARTEL pacjentkę zakwalifikowano do Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej Domowej celem dalszej pielęgnacji i leczenia. Kwalifikację przeprowadziła magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Wyniki i omówienie

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych i realizowane przez dwa rodzaje zespołów - zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz pielęgniarскую opiekę długoterminową domową. Na potrzeby prezentowanej pracy skupimy się na zadaniach pielęgniarской opieki długoterminowej domowej. Głównym warunkiem objęcia chorego jest wynik skali Bartel poniżej lub równa 40 punktów. Ocena ta jest sukcesywnie powtarzana na koniec każdego miesiąca[4]. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń z zakresu opieki długoterminowej doprecyzowuje Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej[5]. Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarки i położnej i ujętych w niej zasadach wykonywania zawodu pielęgniarка jest uprawniona do orzekania o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych[1].

Wykorzystane kompetencje pielęgniarки podczas kwalifikacji.

Najwyższym poziomem kształcenia podyplomowego pielęgniarки opieki paliatywnej jest specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa. Celem kształcenia jest zdobycie specjalistycznej wiedzy i umiejętności do sprawowania samodzielnej, profesjonalnej i całościowej opieki nad dorosłym i dzieckiem z zaawansowaną postępującą, chorobą niepoddającą się leczeniu przyczynowemu, oraz rodziną/opiekunami pacjenta dorosłego i dziecka. [6] Po uzyskaniu dyplomu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, pielęgniarка uzyskuje określone, właściwe dla danej dziedziny, kompetencje. Są one szczególnie istotne w zakresie działań samodzielnych podejmowanych przez pielęgniarkę, a wynikają z programu specjalizacji. Obecnie w programie każdej specjalizacji zawarty jest wykaz świadczeń zdrowotnych do których uprawniona jest pielęgniarка po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa oraz wykaz leków które pielęgniarка z tytułem specjalisty może podać pacjentowi samodzielnie bez zlecenia lekarzkiego. Zgodnie z obowiązującym programem specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej [6] pielęgniarка jest uprawniona między innymi do świadczeń zdrowotnych wykorzystanych podczas powyższej wizyty: ocena bólu u nieprzytomnego, planowanie i realizacja działań w profilaktyce odleżyn i owrzodzeń, opatrywanie/leczenie ran odleżynowych, edukacja chorego i rodziny w zakresie niwelowa-

nia objawów somatycznych oraz w zakresie zabiegów pielęgnacyjnych, pielęgnacja jamy ustnej, wykonywania badania per rectum, wlewu doodbytniczego, ręcznego wydobycia stolca. Podczas wizyty w pełni wykorzystano wiedzę z zakresu kompetencji społecznych i opieki specjalistycznej oraz umiejętności nabywane w toku kształcenia podyplomowego.

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych [7] pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie ordynować leki i wystawiać na nie recepty oraz ordynować wyroby medyczne oraz wystawiać na nie zlecenie. [1] W ramach kompetencji nabytych na studiach drugiego stopnia pielęgniarstwa zaordynowano pacjentce, zgodnie z dokonaną wcześniej oceną rany, opatrunki specjalistyczne oraz wystawiono na nie recepty. [8] Wystawiono również w ramach ordynacji zlecenia na pielucho majtki oraz cewniki urologiczne i worki do zbiórki moczu.

Analizując zakres kształcenia przed dyplomowego już na studiach pierwszego stopnia licencjackich na kierunku pielęgniarstwo studentka nabywa wiedzę w zakresie wykorzystywania techniki badania fizykalnego do oceny całościowego stanu pacjenta, dokumentowania wyników badania oraz ich analizy dla potrzeb opieki pielęgniarstwa [8]. Sytuacja adekwatna dotyczy oceny poziomu bólu, jego nasilenia, reakcję pacjenta na doznania bólowe oraz zastosowania farmakologicznych i nefarmakologicznych metody leczenia bólu.

Natomiast pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa nabywa umiejętności do samodzielnego pielęgnowania pacjenta z raną przewlekłą, dobiera i stosuje metody oceny stanu zdrowia oraz na podstawie przeprowadzonej analizy udziela samodzielných porad zdrowotnych. Zna zasady przygotowania pacjenta i jego rodziny w zakresie profilaktyki występowania ran, zasad doboru opatrunków. Ocenia i monitoruje ból, dobiera metody leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego u pacjenta oraz współpracuje z zespołem żywieniowym. [8] Wszystkie powyższe umiejętności zostały wykorzystane podczas przeprowadzania wizyty kwalifikacyjnej u chorej z owrzodzeniem odleżynowym. Podstawą prawną do wykonania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń samodzielnych udzielanych przez pielęgniarkę [7]. Pielęgniarka aktualizuje i podnosi swoją wiedzę podczas całej swojej pracy zawodowej poprzez np. uczestnictwo w konferencjach naukowych, przeprowadzanie ankiet, analiz naukowych, redagowanie artykułów [9] oraz zapoznawanie się z literaturą z zakresu medycyny i pielęgniarstwa. Potencjał rozwoju zawodowego osiąga poprzez łączenie praktyki z teorią. Analizując literaturę z zakresu leczenia ran [10, 11, 12] ma możliwość zastosować ją w praktyce pielęgniarstwa między innymi u chorego w domu, a współpraca z lekarzem POZ, pielęgniarką środowiskową, fizjoterapeutą i opiekunką społeczną jest nieocenione zarówno dla pacjenta, jego rodziny jak i pielęgniarki prowadzącej. W ramach współpracy z lekarzem pielęgniarka jest w stanie opanować występujące u kresu życia dolegliwości bólowe stosując zleconą farmakoterapię z trzeciego stopnia drabiny analgetycznej, dokonać analizy procesu leczenia owrzodzeń na płaszczyźnie leczenia chorób współistniejących i przeprowadzonych badań laboratoryjnych. Kwalifikując pacjenta należy uwzględnić potrzeby zdrowotne opiekunów i ich możliwości. [13] Pacjenci z rozpoznaniem owrzodzenia odleżynowego zgłaszani są do opieki w okresie nasilenia niewydolności ogólnoustrojowych, rokują źle, ich okres przeżycia jest krótki, dlatego tak ważne jest zaangażowanie każdego z członków zespołu mające na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin.

W zakresie świadczeń opieki długoterminowej domowej istnieje wiele barier ograniczających pacjentów. Między innymi dostępność świadczonych usług, szczególnie poza aglomeracjami miejskimi, kolejki oczekujących, ale również brak wydolności opiekuńczej bliskich często wymagających również

pomocy. Nadal brakuje odpowiednich, dodatkowych i bardziej uszczegóławiających kryteriów kwalifikacji pacjentów, do wszystkich placówek wyznacznikiem kwalifikacyjnym jest skala Bartel jednak nie jest ona realnym odzwierciedleniem sytuacji pacjentów w wielu przypadkach. [14] Ograniczeniem może również być zapewnienie holistycznej i zespołowej współpracy w ramach sprawowanej opieki. Ograniczona dostępność do wizyt domowych lekarza POZ, brak wsparcia psychologicznego i fizjoterapeutycznego, w istocie będzie przekładać się na złą jakość życia pacjenta.

Wnioski

Po przeanalizowaniu programów kształcenia przed i po dyplomowego dla pielęgniarek, obecnych standardów w przedmiocie opieka długoterminowa a także sytuacji medycznej i psycho – społecznej opisanego przypadku pacjentki przedstawione argumenty potwierdzają tezę, iż pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa oraz specjalisty z dziedziny pielęgniarstwa opieki paliatywnej w pełni posiada wiedzę, kompetencje i umiejętności do samodzielnego przeprowadzenia kwalifikacji chorego z rozpoznaniem owrzodzenia odleżynowego wdrażając proces pielęgnowania już z chwilą pierwszej wizyty, posiada możliwości diagnostyczne, lecznicze i pielęgnacyjne ułatwiające wszechstronność w zakresie leczenia i pielęgnowania ran trudno gojących. Uważam iż, w zespołach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej należy zwrócić uwagę na to z jakim wykształceniem i kompetencjami udaje się pielęgniarka na wizytę kwalifikacyjną, szczególnie u pacjentów w stanach ciężkich z ranami przewlekłymi, owrzodzeniami i odleżynami.

Kwalifikowanie pacjentów, w podobnych do przedstawionej sytuacji, w opiece długoterminowej domowej występuje stosunkowo często, kompetencje i umiejętności posiadane przez odpowiednio wykształconą pielęgniarkę mogą znacząco wpłynąć na poprawę jakości życia pacjenta i jego opiekunów już od pierwszej wizyty domowej. Posiłkowanie się wsparciem lekarza POZ oraz innych członków zespołów medycznych, mają na uwadze wszechstronność oraz holistyczne podejście do problemów pacjentów przewlekle chorych. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran priorytetowe staje się tworzenie zespołów interdyscyplinarnych zajmujących się terapią ran przewlekłych. Jest to zadanie przyszłościowe, szczególnie w okresie starzenia się społeczeństwa, braku wydolności opiekuńczej rodzin oraz dotyczącej coraz częściej ludzi wielochorobowości. Z ekonomicznego punktu widzenia opieka domowa jest tańsza i mniej obciążająca zarówno płatnika świadczeń jak i budżet państwa. Najlepszym miejscem dla przewlekle chorego, pacjenta z zaburzeniami demencyjnymi oraz w wieku senioralnym jest dom rodzinny. Najlepszym miejscem na odchodzenie chorych jest również środowisko domowe, w bliskości opiekunów i rodziny.

Podnoszenie jakości opieki domowej powinno stać się priorytetem dla wszystkich osób w nią zaangażowanych. Tylko ścisła współpraca członków zespołu daje możliwość poprawy jakości życia chorych objętych opieką domową. Odpowiednio wykształcona i kompetentna pielęgniarka może i powinna uczestniczyć w pełni w leczeniu i pielęgnowaniu chorych od chwili kwalifikacji aż do odejścia. [14]

Piśmiennictwo:

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111741039> dostęp na dzień 23.03.2022.
2. Walden-Gałużko K., Kaptacz A., Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017.

3. Szewczyk M.T., Kózka M., Cierzniaowska K., i in., Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran – część I, *Leczenie ran*, 2020, 17, 3, 113-146.
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2022 poz. 965).
5. Zarządzenie Nr 22/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 28.01.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
6. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dla pielęgniarek (dostęp:<https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Specjalizacja-w-dz.-piel.-opieki-paliatywnej.pdf>)
7. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497).
8. Rozporządzenie Ministra nauki i szkolnictwa wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2019 poz. 1573).
9. Kucharzewski M., *Forum leczenia ran*, Pismo naukowe, kwartalnik, Warszawa, 2021.
10. Szewczyk M., Jawień A., *Leczenie ran przewlekłych*, Warszawa, Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2019.
11. Rosińczuk J., Uchmanowicz I., *Odleżyny – profilaktyka i leczenie*, Wrocław, Continuo, 2014.
12. Szkiler E., *Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych*, Warszawa, Evereth, 2012.
13. Adamczyk A., Kwiatkowska M., Filipczak-Bryniarska I., Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym, *Medycyna Paliatywna*, 2018, 10, 3, 115-130.
14. Gwarda – Zurańska J., Stan opieki długoterminowej w Polsce w latach 2010–2013, *Folia Oeconomica*, 2016, 1, 318, 19-36.