

WSPÓLNE DZIAŁANIA - pilotaż programu BP3

**TRANSFER NAJLEPSZYCH PRAKTYK  
W  
PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ**

***Realizatorzy***

ZINDYWIDUALIZOWANE PLANY DZIAŁANIA W ZAKRESIE OPIEKI PIELEGNIARSKIEJ -  
Hiszpania, Andaluzja



## Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej

<b>Realizatorzy:</b>	<p>Pielęgniarki poz w podmiotach leczniczych realizujące świadczenia w zakresie Kompleksowej Opieki Pielęgniarskiej (KOP) w typie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- porad w leczeniu ran przewlekłych,</li> <li>- porad w stomii,</li> <li>- porad urologicznych.</li> </ul>
<b>Grupa docelowa:</b>	Pacjenci ubezpieczeni, powyżej 18 r. życia, zakwalifikowani do KOP w poszczególnych typach porad, po hospitalizacji, wyrażający pisemną zgodę na udział w programie.
<b>Cele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wsparcie pielęgniarek poz realizujących KOP poprzez opracowanie formularza Indywidualnego Planu Opieki Pielęgniarskiej (IPOP) z wykorzystaniem materiałów z hiszpańskich praktyk, do stosowania w praktyce podczas procesu udzielania specjalistycznych Kompleksowych Porad Pielęgniarskich (KOP) pacjentom przewlekle chorym potrzebującym wzmożonej opieki po przebytej hospitalizacji ułatwiającego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozpoznanie i kompleksowa ocena problemów zdrowotnych z wykorzystaniem skal i testów, oraz zaplanowanie działań bieżących w cyklu 10 porad,</li> <li>• określenia sposobów motywacji pacjenta do dalszego rozwijania umiejętności samoopieki i samopielęgnacji w określonych problemach zdrowotnych na podstawie oceny deficytów wiedzy,</li> <li>• ocenę merytoryczną podjętych działań w zakresie jakości kompleksowej opieki medycznej,</li> </ul> </li> <li>➤ Wzmocnienie zaufania i relacji pacjent – pielęgniarka poz – lekarz poz.</li> <li>➤ Podniesienie kompetencji pielęgniarek poz w zakresie umiejętności oceny poziomu deficytów wiedzy u pacjentów objętych opieką oraz motywacji do świadomej samokontroli i samoopieki, umiejętności skutecznej komunikacji.</li> <li>➤ Ujednolicenie dokumentacji medycznej, przygotowanie do wersji elektronicznej.</li> </ul>
<b>Interwencje:</b>	Porady pielęgniarskie z wykorzystaniem formularza IPOP i oceną możliwości wykorzystania przykładów dobrych praktyk (Hiszpania) oraz wdrożenie nowych rozwiązań w projekcie dokumentacji IPOP.

## Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej

<b>Kryteria kwalifikacji realizatorów:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liczba porad z zakresu KOP w podmiocie powinna wynosić powyżej 20 zrealizowanych świadczeń.</li> <li>▪ Brak skarg na realizację świadczeń w KOP.</li> <li>▪ Pozytywna ocena OW NFZ wynikająca z dotychczasowej realizacji zawartej umowy.</li> </ul>
<b>Preferowane województwa (na podstawie zrealizowanych świadczeń KOP):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kujawsko-pomorskie</li> <li>▪ Małopolskie</li> <li>▪ Mazowieckie</li> <li>▪ Pomorskie</li> <li>▪ Wielkopolskie</li> </ul>
<b>Liczba praktyk realizujących pilotaż:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Od 5 do 9</li> </ul>
<b>Zadania:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocena formularza IPOP, jako części dokumentacji medycznej, pod względem przydatności do udokumentowania i oceny podjętych interwencji pielęgniarskich w opiece nad pacjentami objętymi KOP zgodnie z ankietą.</li> <li>▪ Przygotowanie wniosków do wdrożenia elektronicznego formularza jako części dokumentacji medycznej.</li> <li>▪ Przeprowadzenie ankiet wśród pacjentów objętych opieką.</li> <li>▪ Sprawozdanie z realizacji porad zgodnie z kodami produktów rozliczeniowych.</li> </ul>



# Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej

<b>Organizacja udzielania świadczeń w ramach pilotażu:</b>	<p>Wstępna kwalifikacja pacjenta do pilotażu na podstawie informacji uzyskanej od:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ lekarza poz,</li><li>✓ rodziny /opiekuna pacjenta,</li><li>✓ pacjenta,</li><li>✓ pielęgniarki społecznej w szpitalu,</li><li>✓ pracownika socjalnego,</li><li>✓ karty informacyjnej szpitalnej,</li></ul> <p><b>Pierwsza porada pielęgniarska:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ opis przypadku w tym:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ wstępna ocena funkcji poznawczych pacjenta, ocena deficytów wydolności pacjenta, ewentualnie ocena bólu z użyciem skal i testów,</li><li>▪ ocena parametrów życiowych</li></ul></li><li>✓ Omówienie zakresu udzielanych świadczeń</li><li>✓ Uzyskanie zgody na realizację pilotażu i jego końcową ocenę z użyciem ankiety.</li></ul> <p><b>Następne porady w cyklu 10 porad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Postawienie diagnozy pielęgniarskiej,</li><li>✓ Ustalenie celów opieki, zaplanowanie działań,</li><li>✓ Omówienie planu opieki i jego modyfikacja w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem,</li><li>✓ Konsultowanie efektów realizowanych świadczeń z lekarzem poz,</li><li>✓ Prowadzenie edukacji z użyciem dostępnych materiałów edukacyjnych,</li><li>✓ Dokumentowanie zrealizowanych działań z użyciem formularza IPOP,</li></ul>
<b>Wnioskowanie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ocena wzoru formularza, weryfikacja sprawozdawczości, zastosowani i wyboru testów i ankiet, inne</li></ul>



## Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej

kod produktu rozliczeniowego

nazwa produktu rozliczeniowego

5.01.00.0000220	KOP - PORADA PIEŁĘGNIARKI W LECZENIU RAN W MIEJSCU REALIZACJI ŚWIADCZEŃ
5.01.00.0000221	KOP - PORADA PIEŁĘGNIARKI W LECZENIU RAN REALIZOWANA W DOMU ŚWIADCZENIOBIORCY
5.01.00.0000222	KOP - PORADA PIEŁĘGNIARKI UROLOGICZNA W MIEJSCU REALIZACJI ŚWIADCZEŃ
5.01.00.0000223	KOP - PORADA PIEŁĘGNIARKI UROLOGICZNA REALIZOWANA W DOMU ŚWIADCZENIOBIORCY
5.01.00.0000224	KOP - PORADA PIEŁĘGNIARKI STOMIJNA W MIEJSCU REALIZACJI ŚWIADCZEŃ
5.01.00.0000225	KOP - PORADA PIEŁĘGNIARKI STOMIJNA REALIZOWANA W DOMU ŚWIADCZENIOBIORCY



Co-funded by  
the European Union



CIRCE-JA  
JA TRANSFER OF BEST PRACTICES IN PRIMARY CARE

## Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej: wzór formularza

KOMPLEKSOWA OPIEKA PIELEGNIARSKA			TYP PORADY:		1	leczenie ran		2	stomijna				3	urologiczna			
Imię i Nazwisko Pacjenta						PESEL											
Data wystawienia karty informacyjnej leczenia szpitalnego DD/MM/RR							Liczba księgi głównej szpitalnej					Oddział				Rozpoznanie / ICD-10	
Nazwa podmiotu lecniczego																	
Adres podmiotu lecniczego																	
Data włączenia do opieki DD/MM/RR							Dzień po hospitalizacji (kryterium kwalifikacji)										
Nazwa podmiotu realizującego IPOP																	
<b>INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELEGNIARSKIEJ (IPOP) w Kompleksowej Opiece Pielęgniarskiej (KOP)</b>																	
Opis przypadku:																	
Kategoryzacja pacjenta:			samo dzielny		częściowo samodzielny		niesamodzielny, dostępność opiekuna				niesamodzielny i brak opiekuna						
Diagnoza pielęgniarska:																	
Cel opieki:																	
Plan opieki:																	
Pielęgniarka realizująca			Imię		Nazwisko		Numer prawa wykonywania zawodu		Akceptacja pacjenta /opiekuna				Podpis pacjenta/opiekuna				



## Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej: wzór formularza

Data	Opis udzielonego świadczenia	Ocena podjętych działań	Podpis pielęgniarki
Efekt wynikający z podjętych działań			
Zalecenia dla pacjenta:			
Informacja dla lekarza POZ			
Pielęgniarka realizująca /podpis / pieczęć / numer prawa wykonywania zawodu			



Co-funded by  
the European Union



CIRCE-JA  
JA TRANSFER OF BEST PRACTICES IN PRIMARY CARE



**ANKIETA DLA PACJENTA NA TEMAT PORADY PIELĘGNIARSKIEJ**

Szanowni Państwo,

celem niniejszej, anonimowej ankiety jest pozyskanie informacji dotyczącej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w formie porad pielęgniarskich finansowanych przez NFZ.

Proszę o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania poprzez wpisanie w odpowiednim miejscu znak X w odpowiednich rubrykach oraz przekazanie uwag, które mogłyby Państwa zdaniem wpłynąć na poprawę jakości udzielanych świadczeń a także innych, które nasunęły się w trakcie udzielanych świadczeń.

Płeć		Wiek				
K	M	do 25 lat	26-30 lat	31-49 lat	51-69 lat	powyżej 70 lat

Proszę podać liczbę porad pielęgniarskich, w których Pan/i uczestniczył/a .....

1. Czy Pana/i stan zdrowia uległ poprawie po zakończeniu cyklu porad pielęgniarskich ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

2. Czy konsultacja planu opieki w poradzie pielęgniarskiej przez Pana/i była niezbędna do uzyskania wyznaczonego celu ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

3. Czy porady pielęgniarskie po hospitalizacji zdaniem Pana/i były potrzebne ze względu na poczucie bezpieczeństwa ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

4. Czy Pana/i zdaniem wiedza zdobyta w trakcie porad pielęgniarskich wpłynęła na zwiększenie wiedzy o chorobie i sposobach samopielegnacji ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

5. Czy nabyte podczas porad pielęgniarskich informacje Pana/i zdaniem będą przydatne do wykorzystywania w dalszej w samopielegnacji i życiu codziennym z chorobą ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

6. Czy treści edukacyjne dotyczące postępowania pielęgniarskiego w Pana/i schorzeniu były przekazywane w zrozumiały i przystępny sposób ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

7. Czy osoby prowadzące porady pielęgniarskie odpowiadały na pytania i udzielały dodatkowych wyjaśnień?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

8. Czy osoby prowadzące porady pielęgniarskie udostępniały materiały edukacyjne ułatwiające wsparcie w prowadzeniu samopielegnacji ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

9. Czy przekazane materiały edukacyjne ocenia Pan /i jako przydatne ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

10. Czy ilość czasu przeznaczona na porady pielęgniarskie była optymalna ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

1. Uwagi / spostrzeżenia

.....

.....

.....

Dziękuję za wypełnienie ankiety.

**ANKIETA DLA PIELĘGNIARKI REALIZUJĄCEJ PORADY PIELĘGNIARSKIE**

Szanowni Państwo,

celem niniejszej, anonimowej ankiety jest pozyskanie informacji nt. oceny przydatności przekazanego Państwu formularza Indywidualnego Planu Opieki Pielęgniarskiej (IPOP) w ramach Kompleksowej Opieki Pielęgniarskiej (KOP)

Proszę o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania poprzez wpisanie w odpowiednim miejscu znak X oraz podanie uwag, które mogłyby Państwa zdaniem wpłynąć na poprawę jakości udzielanych świadczeń.

Płeć		Wiek			Staż pracy w POZ		
K	M	26-30 lat	31-49 lat	powyżej 51 lat	1-5 lat	6-15 lat	powyżej 15 lat

Proszę podać ogólną liczbę, dotychczas zrealizowanych porad pielęgniarskich w KOP .....

1. Czy format formularza IPOP jest czytelny ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

2. Czy zastosowanie formularza IPOP ułatwia planowanie czynności pielęgniarskich ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

3. Czy zastosowanie formularza IPOP ułatwia ocenę zrealizowanych czynności pielęgniarskich ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

4. Czy zastosowanie formularza IPOP ułatwia dokumentowanie czynności pielęgniarskich ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

5. Czy zastosowanie formularza IPOP ułatwiało prowadzenie edukacji pacjenta w zakresie samopielegnacji w chorobie ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

6. Czy rekomenduje Pan/i formularz IPOP do wykorzystywania jako dokumentację medyczną w realizacji Kompleksowej Opieki Pielęgniarskiej ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

7. Czy będzie Pan/i stosował formularz IPOP w codziennej pracy ?

Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie

8. Uwagi / spostrzeżenia

.....

.....

.....

Dziękuję za wypełnienie ankiety.



# Test pomiaru samooceny ograniczeń w funkcjonowaniu na poziomie ciała oraz podstawowych rodzajów aktywności wg. Grupy Waszyngtońskiej

Pytanie	Odpowiedź	
1. Czy ma Pan(i) trudności z widzeniem, nawet nosząc okulary?	a) Nie, nie mam żadnych trudności;	
	b) Tak, mam pewne trudności;	
	c) Tak, mam duże trudności;	
	d) Nie mogę tego zrobić w ogóle	
2. Czy ma Pan(i) trudności ze słyszeniem, nawet nosząc aparat słuchowy?	a) Nie, nie mam żadnych trudności;	
	b) Tak, mam pewne trudności;	
	c) Tak, mam duże trudności;	
	d) Nie mogę tego zrobić w ogóle	
3. Czy ma Pan(i) trudności z chodzeniem lub wchodzeniem na schody?	a) Nie, nie mam żadnych trudności;	
	b) Tak, mam pewne trudności;	
	c) Tak, mam duże trudności;	
	d) Nie mogę tego zrobić w ogóle	
4. Czy ma Pan(i) trudności z zapamiętywaniem albo koncentracją?	a) Nie, nie mam żadnych trudności;	
	b) Tak, mam pewne trudności;	
	c) Tak, mam duże trudności;	
	d) Nie mogę tego zrobić w ogóle	
5. Czy ma Pan(i) trudności z (dbaniem o siebie np.) myciem się, ubieraniem?	a) Nie, nie mam żadnych trudności;	
	b) Tak, mam pewne trudności;	
	c) Tak, mam duże trudności;	
	d) Nie mogę tego zrobić w ogóle	
6. Używając swojego zwykłego języka, czy ma Pan(i) trudności z komunikowaniem się, np. z rozumieniem i byciem rozumianym?	a) Nie, nie mam żadnych trudności	
	b) Tak, mam pewne trudności;	
	c) Tak, mam duże trudności;	
	d) Nie mogę tego zrobić w ogóle	



# Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel

narzędzie pomocnicze - projekt Circe-JA

Imię i nazwisko pacjenta .....

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	Wartość punktowa **
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym, 10= samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu, 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć, 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15=samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych, 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych, 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= nie korzysta w ogóle z toalety, 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety, 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika, 5= wymaga pomocy, 10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= w ogóle nie porusza się, 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby, 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby, 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia, 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby, 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby, 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca, 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec, 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu, 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz, 10= kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

Informacje dodatkowe, sugerujące konieczność wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania określonych czynności przez pacjenta: .....

Data wykonania badania ..... Podpis pielęgniarki, nr prawa wykonywania zawodu.....

\* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

# ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych

## Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. (Dz. U. poz. 271)

### Karta oceny natężenia bólu

Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą

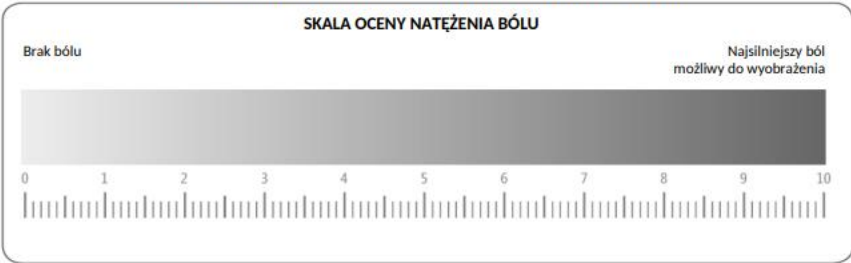
Nazwisko i imię pacjenta

Numer PESEL

### CZĘŚĆ A

#### 1. WIZYTA PIERWSZA - OCENA BÓLU Data .....

Proszę ocenić natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) od 0 do 10



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:
2. Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:
3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

#### 1) skala obrazkowa (FPS)



#### 2) skala słowna (VRS)



### 3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



Nazwa skali oraz natężenie bólu

4. Proszę ocenić wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:
- |   |                              |                                       |                                   |
|---|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Czy ból wpływa na nastrój?                  | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na sen?                      | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na codzienne funkcjonowanie? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na pracę zawodową?           | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |

### CZĘŚĆ B (NIEOBOWIĄZKOWA)

1. Proszę określić lokalizację bólu, który wymaga leczenia  
(w przypadku wielu miejsc występowania bólu można zastosować numerację tych miejsc)
- 

2. Proszę opisać charakter bólu:
- |                                |                                      |   |  |
|--------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> tępy  | <input type="checkbox"/> ostry       | <input type="checkbox"/> piekący/palący | <input type="checkbox"/> kłujący, jak rażenie prądem |
| <input type="checkbox"/> stały | <input type="checkbox"/> nawracający | <input type="checkbox"/> napadowy       |  |

3. Czy stosuje Pan(i) leki przeciwbólowe?
- ☐ tak – jakie, w jakich dawkach? ☐ nie
-

# Dziękuję

**Barbara Kaczmarska, DSOZ Centrala NFZ**

**tel. 22 5726489**

**e-mail: [barbara.kaczmarska@nfz.gov.pl](mailto:barbara.kaczmarska@nfz.gov.pl)**



## Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej

Niesatysfakcjonująca opieka pielęgniarska u pacjentów przewlekle chorych bezpośrednio po hospitalizacji spowodowana jest:

- ✓ brakiem informacji przekazywanej po hospitalizacji pacjenta do zespołu poz co powoduje opóźnienie w realizacji świadczeń pielęgniarskich pielęgniarki poz pod opieką, której znajduje się pacjent,
- ✓ brakiem aktywizacji pacjenta i jego opiekunów w proces zdrowienia oraz samopielegnacji i radzenia sobie z chorobą,
- ✓ brakiem edukacji terapeutycznej prowadzonej przez pielęgniarki poz w zakresie wiedzy, umiejętności oraz motywacji do samokontroli i samoopieki pacjenta co powoduje częste i czasem zbyteczne, korzystanie z pomocy placówek ochrony zdrowia zabezpieczających świadczenia zdrowotne udzielane w trybie nagłym poza godzinami pracy poz,
- ✓ brakiem narzędzi ułatwiających pielęgniarkom poz prowadzenie planowej opieki po hospitalizacji co prowadzi do ograniczonego i powierzchownego kontaktu z pacjentem bez chęci udzielania porad edukacyjnych (czasochłonnych) zwiększających motywację pacjenta do zachowań prozdrowotnych.



# Zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki pielęgniarskiej

Świadczeniodawca	KOP	Oddział	Deklaracje	%
"GÓRZYSKOWO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	179	KUJAWSKO-POMORSKI	11 735	1,5%
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA "ŁOMŻYŃSKA" W BYDGOSZCZY UTWORZONY PRZEZ DAN-MED SP. Z O.O.	287	KUJAWSKO-POMORSKI	13 988	2,1%
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MURZYŃSCY SPÓŁKA JAWNA	393	KUJAWSKO-POMORSKI	3 769	10,4%
NZOZ PRZYCHODNIA PRZYJAZNA PROWADZONY PRZEZ PRZYJAZNA SP. Z O.O. W BYDGOSZCZY	423	KUJAWSKO-POMORSKI	11 114	3,8%
PRZYCHODNIA NA SZWEDEROWIE SP. Z O. O.	312	KUJAWSKO-POMORSKI	11 703	2,7%
ANNA KARDASZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD USŁUG PIEŁĘGNIARSKICH "AMIKUS"	198	MAŁOPOLSKI	4 545	4,4%
MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W SUCHEJ BESKIDZKIEJ	298	MAŁOPOLSKI	7 414	4,0%
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NADZIEJA" PRAKTYKA PIEŁĘGNIARSKA	222	MAŁOPOLSKI	9 410	2,4%
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH "OPIEKA S.C."	140	MAŁOPOLSKI	7 474	1,9%
ZAKŁAD OPIEKI PIEŁĘGNIARSKO-POŁOŻNICZEJ "TROSKA"	226	MAŁOPOLSKI	9 357	2,4%
SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA WAWER	1 413	MAZOWIECKI	53 442	2,6%
DANUTA SOŁDACZUK	79	POMORSKI	4 608	1,7%
NADMORSKIE CENTRUM MEDYCZNE	628	POMORSKI	84 223	0,7%
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PIEŁĘGNIAREK ŚRODOWISKOWO-RODZINNYCH "ANTARES"	507	POMORSKI	16 551	3,1%
PROMED SP. Z O.O.	1 101	POMORSKI	2 212	49,8%
PRZYCHODNIA ORŁOWO	343	POMORSKI	14 136	2,4%
"FLORENCJA" PIEŁĘGNIARSKI PUNKT MEDYCYNY RODZINNEJ	263	WIELKOPOLSKI	2 830	9,3%
GRUPOWA PRAKTYKA PIEŁĘGNIARSKA BOŻENA TASARZ KRYSZYNA TERLIKOWSKA	391	WIELKOPOLSKI	4 937	7,9%
KAM-MED KAMILA RYBAK	157	WIELKOPOLSKI	1 844	8,5%
PIEŁĘGNIARSKI OŚRODEK MEDYCYNY ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ ALERE SYLWIA LEWIŃSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA	367	WIELKOPOLSKI	8 276	4,4%
PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "FALCO"	615	WIELKOPOLSKI	6 364	9,7%
USŁUGI PIEŁĘGNIARSKIE SALUS AEGROTI ANNA KOWALCZYK, HALINA ŚWIDERCZUK, ANNA PAWELCZYK-FRANEK, TERESA KACZMAREK S.C	208	WIELKOPOLSKI	7 577	2,7%
VIOLETTA BYSIEK - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZYNIE	143	WIELKOPOLSKI	5 508	2,6%