

Dorota Kilańska

Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracownikami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pielęgniarki liderami opieki długoterminowej

Nurses long-term care leaders

STRESZCZENIE

Tematem obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2010 roku jest opieka długoterminowa. Pielęgniarstwo na świecie staje przed ogromnym wyzwaniem znaczącego wzrostu niepełnosprawności i zgonów spowodowanych chorobami o charakterze przewlekłym, zwłaszcza osób w starszym wieku i/lub słabych fizycznie, których dotyczy tak zwana wielochorobowość.

Celem artykułu jest przedstawienie zagadnień i problemów związanych z opieką długoterminową opisywanych w światowym piśmiennictwie. Promocja zdrowia, profilaktyka i opieka długoterminowa jest ściśle związana z podstawową opieką zdrowotną, czyli świadczoną przede wszystkim w środowisku klienta/pacjenta. Pielęgniarki (jako samodzielni świadczeniodawcy) coraz częściej podejmują działania z tego zakresu. Dla zapewnienia równości w świadczeniach wszystkim podmiotom systemu ochrony zdrowia niezbędne jest korzystanie ze sprawdzonych doświadczeń, które z niewielkimi zmianami można zaadaptować do własnych potrzeb.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (1): 72–78

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, opieka długoterminowa, choroby przewlekłe, choroby niezakaźne, choroby chroniczne, organizacja ochrony zdrowia, polityka

ABSTRACT

The subject of International Nurses Day 2010 is dedicated long-term care. Nursing on the World stands up in the next decades before huge challenge of significant growth of its handicap and caused with diseases about chronic character, which can prevent across suitable commitment e.g. NHS. Chronic diseases usually concern in older age persons and/or weak physically.

Health promotion, prevention and long-term care is closely linked to primary care that is provided primarily all in an environment of client/patient. Nurses (as provider) increasingly take action in this range. To ensure equal benefits to all entities of the health system is necessary to use the best experience, which, with minor modifications can be adapted to suit the needs.

Nursing Topics 2010; 18 (1): 72–78

Key words: nursing, long-term care, chronic disease, noncommunicable diseases, chronic conditions, health care organization, policy

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) informuje, że 180 mln ludzi na świecie choruje na cukrzycę, a do 2030 roku szacowane jest podwojenie tej liczby. W 2005 roku z powodu cukrzycy zmarło aż 1,1 mln ludności na świecie. Prawie połowa zgonów z powodu cukrzycy dotyczy osób powyżej 70. roku życia, a prawie 80% występuje w krajach o niskim i średnim dochodzie narodowym. Aż 55% zachorowań na cukrzycę uwarunkowana jest płcią i dotyczy kobiet. Według WHO śmiertelność spowodowana cukrzycą wzrosła w następnych 10 latach o ponad 50%, jeżeli nie podejmie się planowych, zdecydowanych działań [1].

Drugim poważnym problemem są choroby układu sercowo-naczyniowego. Tę grupę chorób przewlekłych WHO mianowało „zabójcą nr 1” na świecie. Dane WHO mówią, że każdego roku z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego umiera więcej ludzi niż z jakiegokolwiek innej przyczyny. I tak w 2004 roku z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zmarło 17,1 mln ludzi. Stanowiło to 29% wszystkich zgonów z innych przyczyn na świecie. Szacuje się także, że spośród tych zgonów 7,2 mln spowodowane jest chorobą niedokrwinną serca, a 5,7 mln udarem mózgu.

Choroby nowotworowe, z uwagi na postęp medycyny, stały się także chorobami przewlekłymi i dlatego

Adres do korespondencji: mgr Dorota Kilańska, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. G. Narutowicza 58, 90-145 Łódź, tel.: (42) 678 87 53, e-mail: d.kilanska@gmail.com

stanowią czynnik wielokrotnionego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Według WHO w 2004 roku rak był przyczyną 7,4 mln zgonów (co stanowi około 13% wszystkich zgonów). Zmiany nowotworowe będące przyczyną śmierci występowały najczęściej w płucach, żołądku, wątrobie, jelicie [2].

W Unii Europejskiej (UE) odpowiedzialność za planowanie, finansowanie i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej i ochrony socjalnej spoczywa na państwach członkowskich. Istotne dla polityki UE jest to, że wszystkie krajowe systemy opieki zdrowotnej stają przed nowymi wyzwaniami związanymi zwłaszcza ze starzeniem się społeczeństwa oraz z rosnącymi wymaganiami pacjentów.

„Starzejąca się” Europa to kolejny problem, któremu należy stawić czoła. Do 2020 roku ludność w wieku 60 lat i więcej stanowić będzie ponad 1 mld, w tym ponad 700 mln w krajach rozwijających się. Prognozuję się, że w 2051 roku 40% mieszkańców UE przekroczy 65. rok życia (Komitet Regionów UE). Co miesiąc milion osób przekracza granicę wieku 60 lat [3].

Wykorzystując stosowane w Stanach Zjednoczonych kosztowe kryterium podejścia do chorób można oszacować, że koszty opieki zdrowotnej wynikające z leczenia chorób serca wzrosły z 298,2 mld dolarów w 2000 roku do 329,2 mld dolarów w 2001 roku i 351,8 mld dolarów w 2002 roku [4].

Według prognoz WHO Chiny tylko między 2006–2015 rokiem stracą — z powodu chorób serca, udarów i cukrzycy — 558 mld dolarów dochodu narodowego [5]. Trzeba jednocześnie mieć świadomość, że tylko 3% wydatków na ochronę zdrowia w krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, *Organization for Economic Co-operation and Development*) jest skierowane na profilaktykę [6].

Aby sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na opiekę, świat, w tym UE, proponuje podjęcie wspólnych działań modernizacyjnych. Unia Europejska, wspierając państwa członkowskie w reformie ich systemów ochrony zdrowia, zaleca równoczesną realizację trzech celów długoterminowych:

- zapewnienia dobrego dostępu do usług opieki zdrowotnej i usług socjalnych;
- polepszenia jakości opieki długoterminowej;
- zapewnienia ciągłości finansowania [7].

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową jest stale ewaluowane w zależności od zasobów, jakimi dysponuje dany kraj.

Opieka długoterminowa

W 2009 roku w Niemczech zmieniono definicję oceny zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Raport ekspertów zmienił kryteria oceny — z kryterium czasu na kryterium potrzeb. Na podstawie badań naukowych określono stopień zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Ustalono także, że „jednostkę uważa

się za potrzebującą opieki długoterminowej, gdy jest ona niesamodzielna lub niepełnosprawna, a zatem uzależniona od pomocy innych. Dotyczyć to może jednostek z upośledzeniem fizycznym i psychicznym, poznawczym lub upośledzeniem funkcji psychicznych, a także obciążeń związanych ze zdrowiem lub czynnościami dnia codziennego, które nie mogą być przez nie samodzielnie wykonywane lub przezwyciężane” [8].

W kontekście opieki długoterminowej wykorzystywana jest różnorodna terminologia charakteryzująca grupę chorych na długotrwałe choroby niezakaźne. Mówi się między innymi o chorobach chronicznych (*chronic disease*) — według WHO to choroby o długim przebiegu i wolnej progresji — chorobach przewlekłych (*chronic conditions*) — według WHO to z kolei problemy zdrowotne, które wymagają stałego zarządzania samoopieką w ciągu wielu lat lub też dziesięcioleci [9].

Stosowane jest także pojęcie chorób niezakaźnych (NCD, *noncommunicable diseases*) — określanych jako choroby spowodowane czynnikami niezakaźnymi uwarunkowanymi genetycznie lub wynikającymi ze stylu życia, czy też wpływu środowiska.

Termin „choroby przewlekłe” jest często używany do odzwierciedlenia wszystkich utrwalonych objawów chorób niezakaźnych (np. cukrzyca, astma).

Dla pielęgniarek ważne jest zrozumienie rozmiaru zagadnienia. Muszą być one świadome wyzwań oraz problemów stojących przed pielęgniarstwem. Konieczne jest podjęcie działań przede wszystkim z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz zapewnienie chorym właściwej opieki [10].

Wiedza o trendach epidemiologicznych może pomóc w przygotowaniu pielęgniarek do świadczenia profesjonalnej opieki długoterminowej. Trzeba zdawać sobie sprawę, że skala problemu jest znacząca i brak właściwych kroków może doprowadzić do trudnego do określenia pogorszenia jakości życia tej grupy chorych.

Sektor ochrony zdrowia musi poradzić sobie ze wzrastającą liczbą przewlekłych chorych. Pielęgniarki natomiast powinny być przygotowane nie tylko do prewencji, ale przede wszystkim do sprawowania opieki nad milionami pacjentów, którzy dotknięci są omawianym typem schorzeń.

Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że przyczyną 60% zgonów na świecie są choroby przewlekłe, 80% z nich występuje w krajach o niskim i średnim dochodzie narodowym [11]. Wiadomo także, że im niższy status materialny, tym gorszy stan zdrowia populacji, której ten problem dotyka [12].

Szybko wzrastające obciążenie chorobami przewlekłymi powoduje znaczne dysproporcje w społeczeństwie i pomiędzy poszczególnymi krajami, zwiększa niedostatki w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych [13].

Wśród wielu chorób przewlekłych prym wiodą: cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego oraz niektóre nowotwory, któ-

re zdominowały populację i są największymi „światowymi zabójcami” [14].

Obecnie ludzie często cierpią na wiele chorób jednocześnie, na przykład na cukrzycę i choroby układu sercowo-naczyniowego. Tak zwana „wielochorobowość” rodzi wiele problemów w zakresie opieki nad przewlekle chorymi.

Pacjenci z objawami przewlekłymi, w celu utrzymania możliwie najlepszego stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania, wymagają szerokiego zakresu wsparcia we własnym środowisku, tak długo, jak to jest możliwe. Aby tak się stało, niezbędne są im umiejętności zarządzania samoopieką oraz rozwiązywania problemów w domu. Stanowi to ogromne wyzwanie dla pielęgniarek opieki środowiskowej, które poprzez swoje działania informacyjno-edukacyjne mogą przygotować swoich pacjentów do sprawowania opieki nieprofesjonalnej, gwarantującej bezpieczeństwo. Aby sprostać wyzwaniu, niezbędne jest aktywne łączenie samoopieki ze zintegrowanym planowaniem i zarządzaniem opieką w systemie. Opieka ta musi być planowana w sposób wyprzedzający potrzeby zdrowotne społeczeństwa, tak, aby pacjenci z wszelkimi problemami zdrowotnymi lub pogorszeniem stanu zdrowia mogli być szybko kierowani do właściwego miejsca.

Mimo rosnących kosztów, każde społeczeństwo musi umieć ocenić sposób, w jaki powinno się traktować przewlekle chorych i/lub niepełnosprawnych, a zwłaszcza, w jaki sposób umożliwić im uczestnictwo w życiu społecznym.

Osoby chore przewlekle mają prawo do godnej opieki o wysokiej jakości, wsparcia i ukierunkowania działań na ich potrzeby oraz do wspierania ich zdolności do samoopieki do końca trwania życia.

Istnieje wiele modeli opieki długoterminowej. W każdym z nich pielęgniarki są wiodącą grupą zawodową wśród profesjonalistów ochrony zdrowia. Wśród wielu należy wymienić 2 modele opieki rekomendowane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*): Model Opieki Przewlekłej (CCM, *Chronic Care Model*) oraz model WHO — Innowacyjny Model Opieki w Chorobach Przewlekłych (ICCC, *Innovative Care for Chronic Conditions*).

Model CCM opisywany jest jako interakcja między „poinformowaniem, zaktywizowaniem pacjenta i współudziałem aktywnego zespołu praktyki”. Oznacza to relację zmotywowanego poinformowanego pacjenta, posiadającego umiejętności i zaufanie do podejmowania skutecznych decyzji dotyczących swojego zdrowia i zarządzania nim oraz zespołu ludzi udzielającego pacjentom niezbędnych informacji, wspierającego w podejmowaniu decyzji, a także gwarantując dostęp do zasobów zapewniających wysoką jakość opieki [15]. Model ten opiera się na 6 powiązanych ze sobą elementach i związanych z nimi czynnościach (tab. 1). Według ICN na całym świecie pielęgniarki odgrywają ważną rolę we wszystkich wymienionych poniżej działaniach.

Struktura Innowacyjnej Opieki w Chorobach Przewlekłych według World Health Organization Innovative Care for Chronic Conditions Framework

Struktura *World Health Organization Innovative Care for Chronic Conditions Framework* (WHO ICCC) składa się z części lub tak zwanych „bloków”, które mogą być używane do tworzenia lub zmian systemu opieki zdrowotnej i które mogą być bardziej efektywnie zarządzane dla zaspokojenia problemów zdrowotnych występujących w chorobach przewlekłych. Pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnego i skutecznego wkładu do każdego z komponentów struktury ICCC. Zapewniają one profesjonalną opiekę długoterminową, a w zależności od lokalnej sytuacji i dostępnych zasobów skutecznie nią zarządzają.

Ten model opieki oparty jest na przekonaniu, że pozytywne wyniki leczenia chorób przewlekłych są osiągalne tylko wtedy, gdy pacjenci i ich rodziny są zmotywowani i poinformowani, zespoły opieki zdrowotnej są odpowiednio przygotowane oraz istnieje współpraca w zespołach interdyscyplinarnych (WHO 2002).

Omawiana struktura opiera się na następujących podstawowych zasadach:

- podejmowaniu decyzji na podstawie dowodów naukowych;
- zorientowaniu na populację;
- koncentracji na profilaktyce;
- koncentracji na podnoszeniu jakości;
- integracji;
- elastyczności/adaptacyjności.

Zasady te mają na celu zapewnienie wysokiej jakości opieki, jak również ciągłości działań obejmujących chorych, środowiska lokalne, zespoły opieki zdrowotnej oraz wpływanie na politykę zdrowotną. Efektywne świadczenie opieki długoterminowej musi koncentrować się na obszarach wymienionych powyżej, co z kolei prowadzi do uzyskania pozytywnych wyników; przykładem może być projekt na rzecz podnoszenia świadomości leczenia chorych z cukrzycą w Veracruz (*VIDA, Project, Veracruz Initiative for Diabetes Awareness*) [17].

Struktura ICCC na każdym poziomie opieki zawiera kluczowe elementy, które mogą być wykorzystane do opracowania skutecznej strategii ochrony zdrowia w celu poprawy opieki długoterminowej. Bloki budowane są na zasadzie triady (ryc. 2).

Triada (trójkąt) w centrum ryciny 2 składa się z pacjenta i rodziny (podstawa triady), jako poinformowanych partnerów, społeczności lokalnej oraz zmotywowanych zespołów opieki zdrowotnej, które są przygotowane do współpracy. Zważywszy na poważne problemy zdrowotne, jakie mogą wystąpić u chorych przewlekle, pozytywne wyniki opieki nad nimi mogą być osiągnięte tylko wtedy, gdy pacjenci i ich rodziny, partnerzy społeczni i zespoły opieki zdrowotnej mają odpowiednie aktualne informacje — są poinformowani, zmotywowani i przygo-

Tabela 1. Model opieki przewlekłej (za zgodą Międzynarodowej Rady Pielęgniarek)**Table 1.** The Chronic Care Model

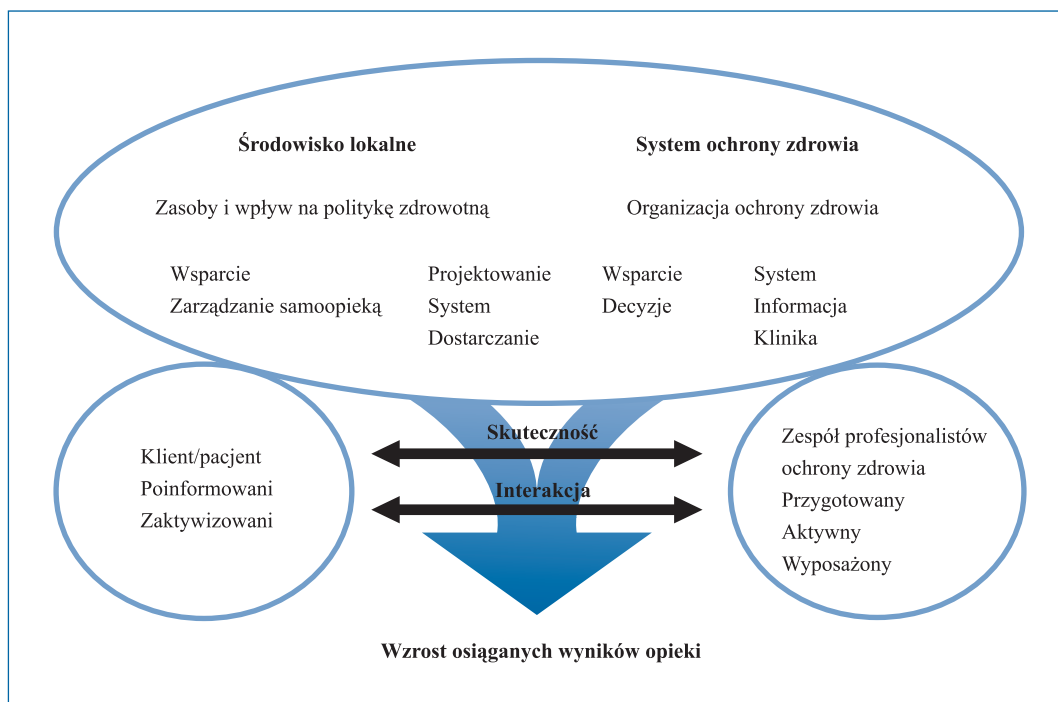
Element	Aktywność/Wkład
Zasoby środowiska	Tworzenie silnej integracji instytucji środowiskowych dla promocji zdrowego trybu życia i rozwoju programów zdrowotnych. Rozpoznawanie zasobów kulturowych społeczeństwa. Zachęcanie pacjentów do skutecznego udziału w programach zdrowotnych. Zwiększanie roli społeczeństwa, osób spoza personelu ochrony zdrowia i innych sektorów gospodarki w ochronie zdrowia
Organizacja ochrony zdrowia	Wspieranie planów strategicznego rozwoju infrastruktury opieki zdrowotnej. Przyjmowanie odpowiednich ról przywódczych w ramach i pomiędzy organizacjami. Opracowanie umowy/planu koordynacji opieki. Zarządzanie kosztami i odpowiednie wykorzystywanie istniejących zasobów. Przyczynianie się do tworzenia polityki zdrowotnej, planowania i zarządzania świadczeniami. Promowanie skutecznych strategii poprawy systemu. Zapewnienie rozwoju systemu w na podstawie jakości opieki
Relacje pacjent–dostawcy opieki/świadczeniodawcy	Pacjenci jako aktywni partnerzy zarządzający swoim stanem zdrowia. Dostarczenie informacji i zapewnienie edukacji dla pacjentów, opiekunów, rodziny i społeczności lokalnej. Umożliwienie pacjentom zarządzania samoopieką. Rozwijanie relacji z pacjentami i ich opiekunami w aspekcie długofalowym (przy czym doradztwo dla opiekunów i rodzin może być prowadzone przez innych ekspertów niż lekarz ogólny tj. pielęgniarki lub pracowników ochrony zdrowia, którzy posiadają aktualną wiedzę, także o nowych możliwościach leczenia i często mogą wprowadzać nowe rozwiązania dla dobra pacjenta)
Projektowanie systemu dostarczenia opieki	Prowadzenie profilaktyki, badań przesiewowych, diagnostyki, oceny. Zmiana biernego uczestnictwa pacjentów na czynne planowanie opieki. Wykorzystanie w praktyce podejścia zespołowego i współpracy. Badania przesiewowe grup wysokiego ryzyka. Kompleksowe koordynowanie opieki nad pacjentami ze zróżnicowanymi potrzebami. Planowanie i dostarczanie opieki odpowiednio do potrzeb kulturowych
Wspomaganie decyzji	Systematyczne stosowanie narzędzi diagnostycznych i oceny zasobów. Wykorzystanie protokołów, przewodników w działaniach opartych na faktach/dowodach naukowych i klinicznej praktyce oraz bieżące informowanie pacjentów, aktualizowanie ich wiedzy. Koordynowanie skierowań do specjalistów wchodzących w skład zespołu
Systemy informatyczne	Odpowiednio skuteczna komunikacja i zarządzanie informacjami. Wykorzystanie nowoczesnych technologii. Wykorzystanie w praktyce wytycznych do wysyłania wiadomości — przypomnień, pozyskiwania informacji z wykorzystaniem rejestrów pacjentów. Monitorowanie i ocena opieki oraz leczenia. Skupianie się na podnoszeniu jakości

towani do sprawowania opieki oraz współpracują ze sobą, występuje dobra interakcja pomiędzy tymi grupami.

Organizacja opieki zdrowotnej tworzy otoczenie, w którym wszelkie wysiłki na rzecz poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej nad przewlekle chorymi są podejmowane i rozwijane. Na poziom osiągniętych wyników wpływa znacznie tylko kilka czynników organi-

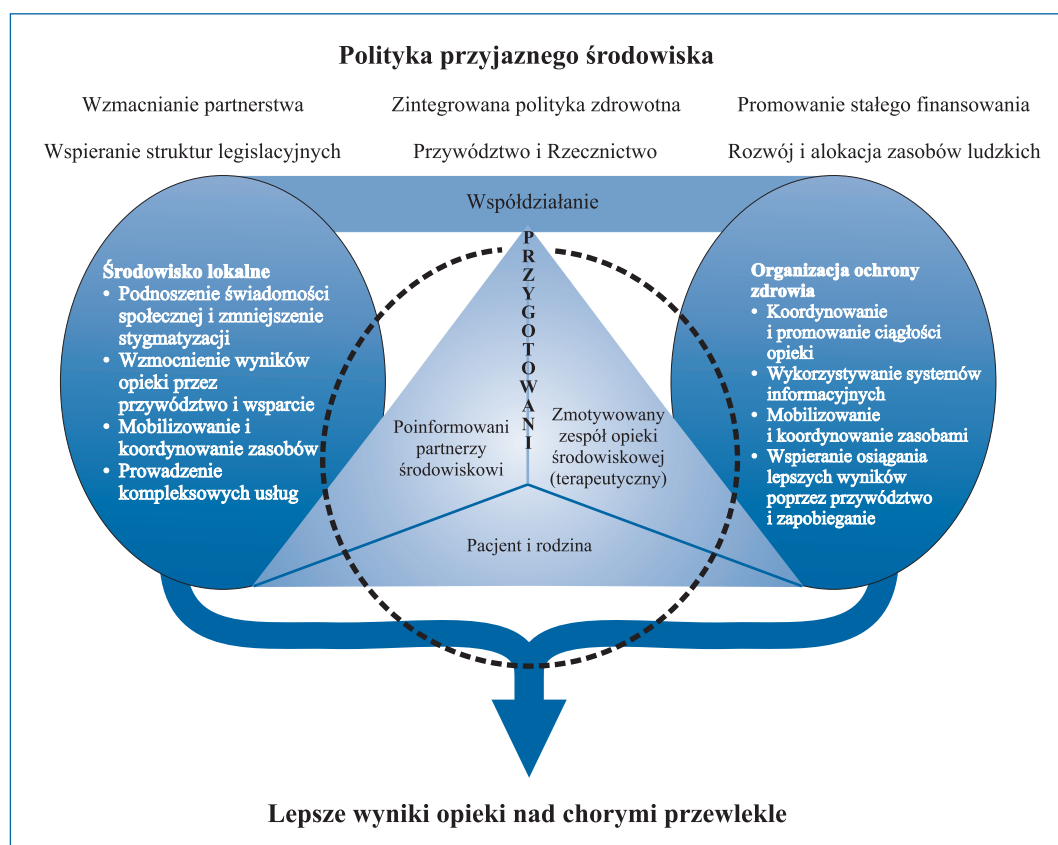
zacyjnych: umiejętności pracowników opieki zdrowotnej, różnorodność umiejętności personelu medycznego, dostępność systemów informacyjnych oraz zarządzanie samoopieką przez pacjenta.

Budowanie społeczności lokalnej jest niezbędne dla systemów opieki zdrowotnej oraz zarządzania opieką długoterminową (nad przewlekle chorymi). Ludzie



Rycina 1. Model opieki przewlekłej [16]

Figure 1. The Chronic Care Model [16]



Rycina 2. Zarys Innowacyjnej Opieki w Chorobach Przewlekłych według WHO ICC Framework [16]

Figure 2. WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework [16]

chorzy przewlekle spędzają większość czasu poza szpitalem, żyjąc we własnym środowisku. Środowiska lokalne mogą również wypełnić istotną lukę w zakresie usług, które nie są świadczone przez system opieki zdrowotnej. Polityka ma ogromną siłę oddziaływania i jest ważnym środkiem do organizowania wartości, zasad i ogólnych strategii rządów lub podziałów administracyjnych w celu zmniejszenia obciążenia opieką nad chorymi przewlekle. Dla optymalizacji opieki zdrowotnej w schorzeniach przewlekłych niezbędna jest polityka przyjazna społeczności lokalnej [17].

Podsumowanie

W wyniku oszacowania zapotrzebowania na opiekę i w zależności od możliwości ekonomicznych danego kraju w różny sposób dokonuje się kwalifikacji do opieki długoterminowej. Zwiększające się potrzeby społeczeństwa powodują stałą ewaluację organizacji tego poziomu usług zdrowotnych. Jak wspomniano, w 2009 roku w Niemczech Komitet Doradczy wypracował nowe zasady kwalifikacji do opieki długoterminowej, aby w przyszłości w sposób etyczny planować środki na te świadczenia. W wyniku prac powstał raport oraz wytyczne wdrażania nowych zasad do systemu ochrony zdrowia. Efektem była między innymi zmiana terminologii dotyczącej opieki długoterminowej z „poziomu opieki” (*level of care*) na „stopień potrzeb” (*degree of need*). Na podstawie badań klinicznych opracowano nowy model oceny zapotrzebowania na opiekę, w którym zrezygnowano z kryterium czasu na rzecz kryterium wyrażanych potrzeb. Dotychczas osoby wymagające opieki długoterminowej były przydzielane do jednego z trzech poziomów opieki:

- I poziom opieki (największe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową) — pacjenci wymagają opieki co najmniej raz dziennie;
- II poziom opieki — pacjenci wymagają podstawowej opieki co najmniej 3 razy dziennie w różnych momentach, jak i pomocy kilka razy w tygodniu także w opiece nad ich rodzinami;
- III poziom opieki (w skrajnych przypadkach opieki długoterminowej) — pacjenci wymagają pomocy podstawowej przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, również w gospodarstwie domowym kilka razy w tygodniu [18].

Według zespołu ekspertów w ocenie zapotrzebowania na opiekę decydujące znaczenie mają upośledzenie samodzielności lub niepełnosprawności w następujących zakresach:

- mobilność;
- funkcje poznawcze i komunikacja;
- zachowanie i problemy psychologiczne;
- samoopieka;
- zarządzanie wymaganiami związanymi z chorobą i leczeniem;
- zarządzanie obszarami dnia codziennego i kontaktami społecznymi oraz elementy, których nie bie-

rze się pod uwagę przy określaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, dotyczące konieczności zaspokojenia potrzeb dnia codziennego, jak:

- czynności poza domem,
- utrzymanie gospodarstwa domowego [18].

Należy podkreślić, że ocena zapotrzebowania na opiekę w tym wypadku musi mieć związek z pogorszeniem niezależności lub niepełnosprawnością i potrzebą pomocy ze strony innych. Stan taki powinien być długoterminowy i prawdopodobny przez co najmniej 6 miesięcy, a ponadto określony według „stopni potrzeb” (*degree of needs*). Oceniane działania i umiejętności przydzielono do 8 modułów:

1. W zakresie mobilności: zmiana pozycji w łóżku, uzyskanie stabilnej pozycji siedzącej, wstawanie z pozycji siedzącej/zmiana miejsc, poruszanie się w miejscu zamieszkania i wchodzenie na schody.
2. W zakresie funkcji poznawczych i komunikacji: rozpoznawanie osób w bezpośrednim kontakcie w środowisku, poczucie kierunku, poczucie czasu, pamięć, wydajność w wieloetapowych zadaniach na co dzień, podejmowanie decyzji w codziennym życiu, rozumienie informacji i faktów, rozpoznawanie zagrożeń i niebezpieczeństw, komunikowanie podstawowych potrzeb, zrozumienie wniosków i uczestniczenie w rozmowach.
3. W zakresie zachowania i problemów psychologicznych: zaburzenia w zachowaniach motorycznych, pobudzenie nocne, zachowania autodestrukcyjne lub autoagresywne, uszkodzenie obiektów, agresywne zachowania fizycznie wobec innych, agresja słowna, inne widoczne niewłaściwe zachowania słowne, niechęć do opieki pielęgniarskiej i innych środków wsparcia, urojenia, omamy, lęk, apatia, nastroje depresyjne, społecznie niewłaściwe sposoby zachowania.
4. W zakresie samoopieki: higiena osobista (mycie przedniej górnej części ciała, golenie, czesanie włosów, samodzielne czyszczenie zębów, czyszczenie protez, mycie okolicy narządów płciowych, prysznic lub kąpiel, w tym mycie włosów), ubieranie i rozbieranie (ubieranie i rozbieranie w zakresie górnej części ciała, ubieranie i rozbieranie w zakresie dolnej części ciała), odżywianie (przygotowywanie porcji żywności dostosowanej do ust pacjenta, odlewianie napojów, jedzenie, picie), wydalanie (korzystanie z WC/krzesła toaletowego, konsekwencje nietrzymania moczu/cewnik na stałe/urostomia, konsekwencje wyłonięcia stomii/radzenie sobie z pielęgnacją przetoki).
5. W zakresie radzenia sobie z wymaganiami i obciążeniami związanymi z chorobą/terapią: wstrzykiwanie leków, opieka nad dożylnym urządzeniami dostępowymi, odsysanie lub tlenoterapia, stosowanie zimnych/gorących kompresów, monitorowanie i ocena stanu fizycznego, obsługa urządzeń, zmiana opatrunków/pielęgnacja rany, pielęgnacja rany z przetoką, regularne stosowanie jednorazowych

- cewników, korzystanie ze stymulatora pęcherza, ocena terapii w warunkach domowych, czasowe korzystanie z technologii intensywnego nadzoru w środowisku domowym, wizyty u lekarza, wizyty u innych profesjonalistów medycznych/terapeutów w celu podjęcia wczesnych działań (dotyczy tylko dzieci).
6. W zakresie zarządzania obszarami życia codziennego i kontaktami społecznymi: strukturyzacja codziennych rutynowych czynności i dostosowanie się do zmian, odpoczynek i sen, zajmowanie się sobą, planowanie przyszłości, interakcja z ludźmi w bezpośrednich kontaktach i utrzymywanie kontaktów z osobami poza najbliższym otoczeniem.
 7. W zakresie działalności poza domem: wychodzenie z domu i mobilność poza domem, korzystanie z lokalnego transportu publicznego, jazda samochodem, uczestnictwo w życiu kulturalnym, religijnym czy imprezach sportowych, uczęszczanie: do przedszkola, szkoły, pracy, na warsztaty dla niepełnosprawnych, ośrodków dziennej opieki oraz udział w dodatkowych zajęciach wymagających współdziałania z innymi ludźmi.
 8. W zakresie utrzymania gospodarstwa domowego: codzienne zakupy, przygotowanie prostych posiłków, prowadzenie prostych i złożonych rozliczeń, proste i złożone czynności sprzątnięcia i czyszczenia, korzystanie z usług, zarządzanie sprawami finansowymi i administracyjnymi [19].

W Polsce pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci tą opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, co zdecydowanie obniża jej koszty. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization (2009a). Fact Sheet N° 312, Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>; 06.01.2010.
2. World Health Organization (2009c). Fact Sheet N° 297 Cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>; 12.01.2010.
3. Fact Sheet: The Ageing Nursing workforce, ICN 2009 www.icn.ch; 15.12. 2009.
4. World Health Organization (2005). Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf; 6.11.2009.
5. World Health Organization (2009b). Fact Sheet N°317 Cardiovascular diseases (CVDs). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>; 12.11.2009.
6. PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). Working Towards Wellness: The Business Rationale. Presentation by Ruxandra Bändilă. www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt; 12.11.2009.
7. Dokument elektroniczny: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_pl.htm; 06.01.2010.
8. Report by the Advisory Board to Review the Definition of the Need for Long-term Care at the Federal Ministry of Health. Germany 26 January 2009. <http://www.bmg.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegebeduerftigkeit/Uebersetzung-Bericht-1,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Uebersetzung-Bericht-1.pdf>; 37–38; 26.01.2010.
9. World Health Organization (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action, Geneva, WHO.
10. Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care. Geneva ICN 2009: 3–4.
11. World Health Organization (2008a) 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, Geneva, WHO <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>; 12.01.2010.
12. World Health Organization (2008b). Commission on Social Determinants of Health, closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf; 12.01.2010.
13. World Health Organization (2008a) 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, Geneva, WHO <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>; 12.01. 2010.
14. Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care. Geneva ICN 2009: 4.
15. Improving Chronic Illness Care (2004). Chronic Care Model, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27; 16.11. 2009.
16. Dokument elektroniczny: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2 oraz <http://www.bet-terdiabetescare.nih.gov/HOWchroniccare.htm>; 26.01.2010.
17. Dokument elektroniczny: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en/>; 28.01.2010.
18. Report by the Advisory Board to Review the Definition of the Need for Long-term Care at the Federal Ministry of Health. Germany 26 January 2009. <http://www.bmg.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegebeduerftigkeit/Uebersetzung-Bericht-1,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Uebersetzung-Bericht-1.pdf>; 45–47, 84–86; 26.01.2010.
19. Report by the Advisory Board to Review the Definition of the Need for Long-term Care at the Federal Ministry of Health. Germany 26 January 2009. <http://www.bmg.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegebeduerftigkeit/Uebersetzung-Bericht-1,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Uebersetzung-Bericht-1.pdf>; 84–86; 26.01.2010.