

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia2025 r.
(Dz. U. poz. ...)

**STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ
W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ PIEŁĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH
W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

I. Postanowienia ogólne

1. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, zwany dalej „standardem organizacyjnym”, określa sposób organizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zwane dalej „świadczeniami opieki długoterminowej”.
2. Standard organizacyjny dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki długoterminowej, realizowanych zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i niestacjonarnych, w tym w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
3. Standard organizacyjny nie dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych psychiatrycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917).
4. Standard organizacyjny obejmuje poszczególne elementy organizacji świadczeń opieki długoterminowej nad pacjentem, mające na celu zapewnienie dobrostanu pacjenta, w szczególności poprawę lub utrzymanie jego stanu zdrowia, a także poszanowanie jego podmiotowości i autonomii, ochrony jego intymności, wsparcie w zachowaniu sprawności adekwatnej do stanu zdrowia oraz utrzymaniu kontaktów rodzinnych i społecznych, a także zapewnienie odpowiedniej edukacji pacjenta i jego osób bliskich.
5. Użyte w standardzie organizacyjnym określenia oznaczają:
 - 1) pacjent – pacjenta, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), objętego opieką długoterminową;
 - 2) osoba ze szczególnymi potrzebami – osobę ze szczególnymi potrzebami, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411);
 - 3) osoba bliska – osobę bliską, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 4) opiekun faktyczny – opiekuna faktycznego, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 5) podmiot opieki długoterminowej – podmiot wykonujący działalność leczniczą udzielający świadczeń opieki długoterminowej;
 - 6) podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej – podmiot opieki długoterminowej udzielający świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne z zakresu świadczeń opieki długoterminowej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
 - 7) personel sprawujący opiekę długoterminową – personel udzielający świadczeń opieki długoterminowej w podmiocie opieki długoterminowej, w szczególności lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, opiekunowie medyczni.
6. Kierownik podmiotu stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża procedurę przekazywania pacjenta do innego podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnej i całodobowej opieki zdrowotnej, obejmującą:
 - 1) wybór tego podmiotu leczniczego;
 - 2) uzgodnienie z innym podmiotem leczniczym gotowości przyjęcia pacjenta;
 - 3) uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na przekazanie do innego podmiotu leczniczego;

- 4) przygotowanie i udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta i dotychczasowego postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego i terapeutycznego wobec niego, zawierającej informacje istotne dla kontynuacji opieki lub leczenia;
 - 5) postępowanie z rzeczami osobistymi pacjenta;
 - 6) poinformowanie pacjenta, jego osób bliskich, przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego o przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego;
 - 7) postępowanie w sytuacji, gdy przekazanie pacjenta następuje w trybie nagłym.
7. Kierownik podmiotu stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża procedurę przekazywania pacjenta do placówki całodobowej opieki, niebędącej podmiotem leczniczego.
 8. Podmiot opieki długoterminowej analizuje zdarzenia niepożądane i wdraża rozwiązania organizacyjne wynikające z tej analizy w celu ograniczenia prawdopodobieństwa ponownego ich wystąpienia.
 9. Podmiot opieki długoterminowej uwzględnia w wewnętrznym regulaminie organizacyjnym sytuacje wymagające udzielenia wsparcia osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym zastosowania określonych rozwiązań wspomagających, takich jak wykorzystanie środków wspierających komunikowanie się.
 10. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej zapewnia w salach pacjentów, łazienkach i toaletach sprawnie działający system przywoławczy, umożliwiający niezwłoczne zawiadomienie personelu sprawującego opiekę długoterminową.

II. Sposób realizacji praw pacjenta

1. Podmiot opieki długoterminowej zapewnia realizację praw pacjenta, określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez organizację udzielania opieki długoterminowej umożliwiającą:
 - 1) właściwą komunikację z pacjentem zapewniającą mu pełną podmiotowość adekwatną do jego stanu zdrowia, zwracanie się do niego z empatią i szacunkiem oraz z zachowaniem form grzecznościowych, w tym unikanie infantylizacji wypowiedzi;
 - 2) przekazywanie w sposób przystępny i zrozumiały dla pacjenta informacji o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz wynikach leczenia i rokowaniu;
 - 3) udzielanie świadczeń opieki długoterminowej w sposób niepowodujący nieuzasadnionego dyskomfortu psychicznego lub fizycznego u pacjenta;
 - 4) komunikowanie się z osobami bliskimi, przedstawicielami ustawowymi i opiekunami faktycznymi pacjenta w celu ich uwrażliwienia na jego potrzeby;
 - 5) niewykorzystywanie relacji z pacjentem, jego osobami bliskimi, przedstawicielami ustawowymi lub opiekunami faktycznymi do realizacji własnych interesów;
 - 6) nieprzekraczanie granic prywatności w relacjach z pacjentem;
 - 7) motywowanie pacjenta do podejmowania lub podtrzymywania relacji z osobami bliskimi, przedstawicielami ustawowymi lub społecznością lokalną;
 - 8) dbałość o rzeczy osobiste pacjenta.
2. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej dodatkowo zapewnia realizację praw pacjenta przez organizację udzielania opieki długoterminowej umożliwiającą:
 - 1) realizację przez pacjenta jego praw obywatelskich;
 - 2) realizację przez pacjenta jego potrzeb społecznych i kulturalnych, a w przypadku pacjentów małoletnich również prawa do nauki;

- 3) pacjentowi dostęp do jego rzeczy osobistych, w tym rzeczy osobistych mających dla niego znaczenie emocjonalne;
 - 4) dostęp w widocznym miejscu do danych teleadresowych instytucji, do których pacjenci, ich osoby bliskie, przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie faktyczni mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw (Rzecznik Praw Pacjenta, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, Urząd Ochrony Danych Osobowych), procedury skargowej obowiązującej w podmiocie stacjonarnej opieki długoterminowej, a także informacji o prawach pacjenta, aby umożliwić pacjentom oraz ich osobom bliskim, przedstawicielom ustawowym i opiekunom faktycznym zapoznanie się z ich prawami.
 - 5) prowadzenie wewnętrznego rejestru skarg i wniosków, mającego charakter poufny i dostępnego wyłącznie dla kierownika podmiotu leczniczego lub osób przez niego upoważnionych, zawierającego w szczególności informacje o przedmiocie skargi lub wniosku, datę wniesienia oraz sposób rozstrzygnięcia i ewentualne działania o charakterze następczym.
3. Podmiot opieki długoterminowej uwzględnia w procedurach wewnętrznych rozwiązania służące realizacji praw pacjenta wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym prawo do:
 - 1) uzyskania informacji o stanie zdrowia;
 - 2) dostępu do dokumentacji medycznej;
 - 3) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej i odmowy takiej zgody.
 4. W sytuacji stosowania systemu monitoringu wizyjnego, zgodnie z art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450), podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej uwzględnia w regulaminie organizacyjnym sposób prowadzenia monitoringu wizyjnego i zapewnia ochronę prywatności osób obserwowanych, wprowadzając odpowiednie rozwiązania techniczne uniemożliwiające nagrywanie czynności fizjologicznych, a także gwarantujące maskowanie intymnych części ciała.

III. Sposób realizacji opieki przez personel sprawujący opiekę długoterminową

1. Podmiot opieki długoterminowej zapewnia odpowiedni sposób realizacji świadczeń opieki długoterminowej udzielanych w ramach opieki długoterminowej, w zależności od zakresu świadczenia, ukierunkowanych na utrzymanie lub poprawę dobrostanu psychofizycznego pacjenta, obejmujący w szczególności:
 - 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia pacjenta, w tym na podstawie badania fizykalnego;
 - 2) zlecenie i ordynację pacjentowi produktów leczniczych oraz monitorowanie stosowanej farmakoterapii w celu zapobiegania polipragmazji i jej skutkom, a w przypadku stosowania środków odurzających lub psychotropowych prowadzenia ewidencji oraz zapewnienia nadzoru nad obrotem środkami odurzającymi i psychotropowymi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, 905 i 924) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939);
 - 3) obserwację oraz ocenę ryzyka wystąpienia albo stopnia zaawansowania odleżyn oraz podejmowanie działań zapobiegających wystąpieniu odleżyn albo działań leczniczych lub terapeutycznych w przypadku stwierdzenia wystąpienia odleżyn w oparciu o wytyczne EPUAP/NPIAP/PPPIA;
 - 4) obserwację oraz ocenę ryzyka zaburzeń mobilności, w tym motywowanie pacjenta do utrzymania lub poprawy sprawności funkcjonalnej;

- 5) weryfikację i ocenę potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta oraz podejmowanie działań fizjoterapeutycznych dostosowanych do tych potrzeb;
 - 6) profilaktyka powikłań związanych z unieruchomieniem: zaniki mięśni, przykurcze i usztywnienie stawów, infekcje układu oddechowego i moczowego oraz powikłania zakrzepowo-zatorowe, w tym zakrzepica żylna;
 - 7) monitorowanie stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta oraz podejmowanie działań interwencyjnych lub edukacyjnych w celu zapewnienia właściwego stanu odżywienia i nawodnienia, z uwzględnieniem odżywiania dojelitowego i pozajelitowego;
 - 8) monitorowanie funkcji zmysłu wzroku i słuchu u pacjenta;
 - 9) ocenę, obserwację i monitorowanie odczuwanego przez pacjenta bólu, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami i przy wykorzystaniu wybranych skal bólu, w tym natężenia, charakteru, lokalizacji, promieniowania i przyczyn nasilenia bólu oraz podejmowanie niezwłocznej interwencji w celu jego złagodzenia lub zniesienia z zastosowaniem metod farmakologicznych lub niefarmakologicznych;
 - 10) obserwację w kierunku wystąpienia u pacjenta zaburzeń funkcji poznawczych i dynamiki ich rozwoju oraz podejmowanie działań interwencyjnych lub edukacyjnych służących ich zahamowaniu;
 - 11) obserwację i ocenę ryzyka wystąpienia u pacjenta depresji lub zaburzeń nastroju oraz podejmowanie działań interwencyjnych lub edukacyjnych w przypadku zaobserwowania objawów depresji lub zaburzeń nastroju;
 - 12) wykonywanie niezbędnych czynności pielęgnacyjno-higienicznych w sposób niepowodujący nieuzasadnionego dyskomfortu fizycznego i psychicznego pacjenta;
 - 13) stosowanie bezpiecznych technik podnoszenia i przemieszczania pacjenta, z ewentualnym zastosowaniem sprzętu specjalistycznego, odpowiednio do wymagań wynikających ze stanu zdrowia pacjenta i oceny jego stanu funkcjonalnego,
 - 14) ocenę otoczenia pacjenta w celu dostosowania tego otoczenia do stanu zdrowia pacjenta oraz minimalizacji ryzyka upadku i innych urazów u pacjenta;
 - 15) bieżącą edukację zdrowotną pacjenta, jego osób bliskich, przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych z uwzględnieniem aktualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta.
2. W dokumentacji medycznej odnotowuje się dzień, miesiąc, rok i godzinę objęcia pacjenta opieką długoterminową i zakończenia jej sprawowania oraz dane podmiotu leczniczego przejmującego opiekę nad pacjentem (jeżeli dotyczy).
 3. Podmiot opieki długoterminowej opracowuje i wdraża procedurę dotyczącą profilaktyki i leczenia odleżyn, obejmującą:
 - 1) badanie pacjenta pod względem występowania odleżyn – wykonywane przy obejmowaniu pacjenta opieką długoterminową, a następnie co najmniej raz w tygodniu, oraz przy przekazywaniu pacjenta do innego podmiotu lub zakończeniu obejmowania go opieką długoterminową;
 - 2) ocenę ryzyka rozwoju odleżyn u pacjenta – dokonywaną co najmniej raz w miesiącu za pomocą skal rekomendowanych przez EPUAP/NPIAP/ PPPI;
 - 3) ocenę stopnia zaawansowania odleżyn – dokonywaną niezwłocznie po ich rozpoznaniu, a następnie przy każdej zmianie opatrunku, oraz przy przekazywaniu pacjenta do innego podmiotu lub zakończeniu obejmowania pacjenta opieką – za pomocą skal odleżyn według klasyfikacji EPUAP/NPIAP/PPPIA, która, w celu ograniczenia dyskomfortu pacjenta, może być zintegrowana z innymi czynnościami pielęgnacyjnymi;
 - 4) opracowanie ran związanych z odleżynami – dokonywane z częstotliwością zależną od stanu rany, zgodnie ze strategią TIMERS;

- 5) dokumentowanie fotograficzne odleżyn – wykonywane niezwłocznie po ich rozpoznaniu, a następnie co najmniej raz w tygodniu, oraz przy przekazywaniu pacjenta do innego podmiotu lub zakończeniu obejmowania pacjenta opieką – które, w celu ograniczenia dyskomfortu pacjenta, może być zintegrowane z innymi czynnościami pielęgnacyjnymi.
4. Podmiot opieki długoterminowej monitoruje stan odżywienia i nawodnienia pacjenta z wykorzystaniem skali oceny stanu odżywienia Mini Nutritional Assessment – MNA. Ocena dokonywana jest przy obejmowaniu pacjenta opieką długoterminową, a następnie co najmniej raz na 6 miesięcy lub przy każdej istotnej zmianie klinicznej.
5. Podawanie produktów leczniczych w formie ułatwiającej jej przyjęcie przez pacjenta jest odnotowywane w dokumentacji medycznej. Podawanie produktów leczniczych w postaci ukrytej w pokarmie, bez wiedzy pacjenta, jest niedopuszczalne wobec pacjentów zdolnych do świadomego podejmowania decyzji.
6. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża tryb postępowania szczegółowo regulujący sposób stosowania przymusu bezpośredniego, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r. poz. 917), a także zasady stosowania form zabezpieczenia lub unieruchomienia ograniczających poruszanie się pacjenta w celu ograniczenia ryzyka obrażeń lub upadków.
7. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej zapewnia osobom bliskim, przedstawicielom ustawowym i opiekunom faktycznym możliwość uczestniczenia w procesie udzielania opieki długoterminowej oraz określa zasady angażowania się tych osób w opiekę nad pacjentem, zwiększając dzięki temu jego poczucie komfortu i bezpieczeństwa, ułatwiając mu adaptację do nowej sytuacji i pozwalając na lepsze zaspokajanie jego potrzeb.
8. Podmiot opieki długoterminowej prowadzi obserwację i ocenę prawdopodobieństwa występowania przemocy i zaniedbania wobec pacjenta.
9. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec pacjenta podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej zapewnia pacjentowi wsparcie psychologiczne.

IV. Plan opieki długoterminowej

1. Opieka długoterminowa jest realizowana zgodnie z planem opieki długoterminowej, zwanym dalej „planem opieki”, ustalonym indywidualnie dla pacjenta, w formie pisemnej, i stanowiącym element wewnętrznej indywidualnej dokumentacji medycznej.
2. Pacjent jest informowany o założeniach przygotowanego dla niego planu opieki i ma możliwość zgłoszenia do niego swoich uwag. Ostateczne decyzje dotyczące planu opieki należą do personelu medycznego odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentem.
3. Plan opieki i jego zmiany są zatwierdzane przez lekarza, a w przypadku gdy w skład personelu sprawującego opiekę długoterminową nie wchodzi lekarz – przez pielęgniarkę.
4. Plan opieki określa cele, rodzaj, zakres i harmonogram udzielania świadczeń opieki długoterminowej, które są zapewniane pacjentowi w sposób kompleksowy i skoordynowany, z uwzględnieniem w miarę możliwości potrzeb i wymagań pacjenta.
5. Plan opieki uwzględnia:
 - 1) czynniki:
 - a) biologiczne – w szczególności chorobę główną i choroby współistniejące, historię leczenia, przebyte zabiegi, przyjmowane produkty lecznicze, wyniki badań, poziom sprawności i samodzielności, styl życia (sposób odżywiania, aktywność fizyczną, stosowanie używek, doświadczany stres), czynniki alergizujące i reakcje alergiczne,

- b) psychologiczne – w szczególności samopoczucie pacjenta, jego stan zdrowia psychicznego, sposób komunikowania się,
 - c) społeczne – w szczególności miejsce zamieszkania pacjenta, jego wykształcenie i wykonywany zawód, a także kontakt z osobami bliskimi, przedstawicielami ustawowymi lub opiekunami faktycznymi,
 - d) edukacyjne – w szczególności świadomość pacjenta na temat jego stanu zdrowia, korzyści lub zagrożeń wynikających z prowadzonego stylu życia,
 - e) kulturowe i duchowe;
- 2) zakres edukacji zdrowotnej prowadzonej wobec pacjenta jego osób bliskich, przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych.
- 6. Plan opieki zawiera działania dotyczące aktywizacji pacjenta.
- 7. Plan opieki jest oceniany i w razie potrzeby modyfikowany nie rzadziej niż co 6 miesięcy lub każdorazowo w przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta lub jego potrzeb zdrowotnych.
- 8. Za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, osoba bliska ma możliwość uczestniczenia w ustalaniu planu opieki lub jego zmianie.
- 9. Plan opieki zawiera informacje o oczekiwaniach lub uwagach pacjenta co do sposobu sprawowania opieki długoterminowej. W sytuacji, gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia woli, mogą zostać uwzględnione informacje przekazane przez osobę bliską lub przedstawiciela ustawowego.

V. Łagodzenie bólu

1. W podmiocie opieki długoterminowej opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu uwzględniający:
 - 1) sposób oceny natężenia i lokalizacji bólu oparty na obiektywnej ocenie klinicznej i narzędziowych skalach bólu, a w przypadku pacjentów z ograniczoną świadomością – bieżącej obserwacji jego zachowań;
 - 2) częstotliwość oceny natężenia bólu, w szczególności w momencie objęcia pacjenta świadczeniami opieki długoterminowej i każdorazowo w przypadku zwiększenia poziomu odczuwanego przez niego bólu;
 - 3) dostępne metody łagodzenia bólu w związku ze sprawowaną opieką;
 - 4) zapewnienie dostępności produktów leczniczych, w tym przeciwbólowych, i sposób ich stosowania;
 - 5) zapobieganie przedawkowaniu produktów leczniczych, o których mowa w pkt 4, i określenie sposobu działania w razie jego stwierdzenia.
2. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu uwzględnia gradację dostępnych metod i form podawania produktów leczniczych przeciwbólowych.
3. Personel sprawujący opiekę długoterminową zapoznaje się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu przez złożenie oświadczenia w tym zakresie.
4. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu u pacjenta ustala:
 - 1) lekarz prowadzący w podmiocie stacjonarnej opieki długoterminowej;
 - 2) lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w przypadku pacjenta objętego opieką długoterminową w warunkach domowych;
 - 3) pielęgniarka udzielająca świadczeń opieki długoterminowej – w zakresie posiadanych kompetencji.

5. Personel sprawujący opiekę długoterminową zapewnia łagodzenie bólu zgodnie z ustalonym trybem postępowania w łagodzeniu bólu, w szczególności wsparcie w stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
6. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu u danego pacjenta jest monitorowany i zmieniany odpowiednio do jego potrzeb, co podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej. Za monitorowanie i zmianę trybu postępowania w łagodzeniu bólu odpowiadają osoby, o których mowa w ust. 4.
7. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu i jego zmiany są uzgadniane z danym pacjentem, a w przypadku gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia woli - z jego osobą bliską lub przedstawicielem ustawowym.

VI. Realizacja świadczeń profilaktycznych

1. Podmiot opieki długoterminowej monitoruje korzystanie przez pacjenta z przysługujących mu świadczeń o charakterze profilaktycznym, w tym badań przesiewowych, badań profilaktycznych i szczepień ochronnych, oraz edukuje pacjenta w tym zakresie.
2. Organizując udzielanie świadczeń opieki długoterminowej podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej umożliwia pacjentowi dostęp do przysługujących mu świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym, w tym badań przesiewowych, badań profilaktycznych i szczepień ochronnych.

VII. Prewencja oraz kontrola zakażeń i chorób zakaźnych

1. Podmiot opieki długoterminowej w celu zapewnienia bezpieczeństwa organizacji świadczeń opieki długoterminowej ogranicza ryzyko wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675), poprzez:
 - 1) identyfikację czynników ryzyka i procesów związane z tym ryzykiem oraz wdrażanie działań mających na celu jego ograniczenie;
 - 2) opracowanie, wdrażanie i monitorowanie realizacji trybu postępowania w tym zakresie;
 - 3) przekazywanie informacji osobom bliskim, przedstawicielom ustawowym i opiekunom faktycznym na temat zasadności poddania się szczepieniom ochronnym;
 - 4) umożliwienie personelowi udzielającemu świadczeń opieki długoterminowej skorzystania ze szczepień ochronnych;
 - 5) opracowanie, wdrażanie i monitorowanie realizacji procedury czyszczenia i sterylizacji sprzętu i aparatury medycznej;
 - 6) zapewnienie miejsca na przechowywanie odpadów medycznych i zapewnienie ich utylizacji.
2. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej w celu zapewnienia bezpieczeństwa organizacji świadczeń opieki długoterminowej ogranicza ryzyko wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dodatkowo poprzez:
 - 1) umożliwienie pacjentowi skorzystania ze szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych i szczepień zalecanych;
 - 2) zapewnienie właściwego zarządzania praniem i zmianą pościeli;
 - 3) zapewnienie bezpiecznego przygotowywania, przechowywania i dystrybucji posiłków;

- 4) zapewnienie procedur postępowania zapobiegających rozprzestrzenianiu się patogenów alarmowych lub innych patogenów wymagających zastosowania reżimu stanowiskowego lub izolacji;
- 5) zapewnienie personelowi sprawującemu opiekę długoterminową, pacjentom i osobom odwiedzającym dostęp do środków ochrony indywidualnej, w tym masek, rękawiczek i środków dezynfekcyjnych.

VIII. Realizacja edukacji zdrowotnej

1. Edukacja zdrowotna realizowana przez podmiot opieki długoterminowej, zwana dalej „edukacją zdrowotną”, jest:
 - 1) prowadzona przez personel sprawujący opiekę długoterminową;
 - 2) kierowana do pacjenta, jego osób bliskich, przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych;
 - 3) prowadzona w sposób dostosowany do stanu zdrowia pacjenta oraz zdolności percepcyjnych zarówno pacjenta, jak i jego osób bliskich, przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych;
 - 4) prowadzona na bieżąco;
 - 5) prowadzona z uwzględnieniem bieżących potrzeb zdrowotnych pacjenta;
 - 6) prowadzona w sposób zachęcający pacjenta, jego osoby bliskie, przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych do zadawania pytań i przedstawiania wątpliwości.
2. Edukacja zdrowotna obejmuje, w zależności od zakresu udzielanych świadczeń opieki długoterminowej, informacje na temat:
 - 1) stanu pacjenta, w tym zmian w organizmie pacjenta, jego zachowaniu oraz czynników mających wpływ na jego stan zdrowia;
 - 2) dostępnych form wsparcia, badań diagnostycznych, konsultacji i innych świadczeń zdrowotnych;
 - 3) sposobu samoobserwacji pacjenta i obserwacji pacjenta przez osoby bliskie, przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych oraz objawów, które są sygnalizowane przez nich lub pacjenta personelowi sprawującemu opiekę długoterminową;
 - 4) zasad odżywiania, w tym zasad doboru jakościowego i ilościowego środków spożywczych;
 - 5) zalecanych i przeciwwskazanych form aktywności fizycznej, w tym o znaczeniu terapeutycznym;
 - 6) pionizacji pacjenta, przemieszczania się pacjenta, przyjmowaniu określonych pozycji przez pacjenta;
 - 7) wsparcia w czynnościach higienicznych i pielęgnacyjnych lub wykonywania tych czynności;
 - 8) zachowań i czynności uznawanych za szkodliwe i niebezpieczne, w tym nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych, palenia papierosów elektronicznych lub nadużywania napojów alkoholowych;
 - 9) dolegliwości psychosomatycznych i sposobów radzenia sobie z nimi, w tym dolegliwości bólowych, w szczególności wymagających natychmiastowego kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką;
 - 10) bezpiecznego stosowania produktów leczniczych, w tym potencjalnych interakcji między produktami leczniczymi lub środkami spożywczymi;
 - 11) właściwego doboru i bezpiecznego korzystania z wyrobów medycznych;
 - 12) niefarmakologicznych form leczenia bólu oraz sposobów radzenia sobie z bólem;

- 13) profilaktyki powikłań unieruchomienia, w tym profilaktyki przeciwoleżynowej z uwzględnieniem właściwej pielęgnacji skóry;
 - 14) profilaktyki zakażeń i chorób zakaźnych;
 - 15) trybu postępowania z materiałem zakaźnym;
 - 16) profilaktyki zaburzeń urologicznych;
 - 17) profilaktyki zaburzeń poznawczych;
 - 18) profilaktyki zdrowia psychicznego;
 - 19) podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy i sposobu postępowania w sytuacjach awaryjnych;
 - 20) reprezentowania pacjenta przy udzielaniu świadczeń opieki długoterminowej.
3. Personel sprawujący opiekę długoterminową prowadzący edukację zdrowotną każdorazowo odnotowuje w dokumentacji medycznej termin i zakres przeprowadzonej edukacji zdrowotnej.
 4. Edukacja zdrowotna uwzględnia przekazanie informacji teoretycznych oraz, w razie potrzeby, instruktaż praktyczny.
 5. Edukacja zdrowotna jest prowadzona z uwzględnieniem zasad prostego języka.

IX. Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

1. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej spełniający przesłanki, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi, w tym obcojęzycznymi, z niepełnosprawnością słuchu lub mowy oraz innymi osobami ze szczególnymi potrzebami w celu usprawnienia organizacji świadczeń opieki długoterminowej.
2. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej, o którym mowa w ust. 1, przy planowaniu prac inwestycyjnych wpływających na sposób organizacji świadczeń opieki długoterminowej uwzględnia konieczność zapewnienia dostępności do tych świadczeń osobom ze szczególnymi potrzebami.
3. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej, o którym mowa w ust. 1, w ramach organizacji świadczeń opieki długoterminowej zapewnia:
 - 1) pacjentom z trudnościami w poruszaniu się, w tym osobom przemieszczającym się na wózku inwalidzkim, możliwość bezpiecznego poruszania się;
 - 2) co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne z prysznicem bezprogowym z siedziskiem zapewniającym stabilność siedzenia, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
 - 3) oznakowanie w postaci piktogramów informujących o dostępnych rozwiązaniach dla osób z niepełnosprawnościami;
 - 4) wstęp psa asystującego do pomieszczeń, w których przebywa pacjent;
 - 5) salę dziennego pobytu z funkcją stołówki na terenie tego podmiotu dostępną w łatwy i bezpieczny sposób dla osób z trudnościami w poruszaniu się;
 - 6) uwzględnienie w planach ewakuacyjnych trybu postępowania w odniesieniu do osób ze szczególnymi potrzebami;
 - 7) funkcjonowanie dostępnej cyfrowo strony internetowej tego podmiotu, co oznacza jej zgodność ze standardem WCAG 2.1 i posiadanie deklaracji dostępności, sporządzonej zgodnie z wymogami ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1440).

4. Personel podmiotu opieki długoterminowej, o którym mowa w ust. 1, jest przygotowany do kontaktu z osobami ze szczególnymi potrzebami oraz zapewnienia tym osobom właściwego wsparcia lub opieki.
5. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej inny niż podmiot, o którym mowa w ust. 1, dąży w prowadzonej działalności do zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresach, o których mowa w ust. 1–4.