

Orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczych na potrzeby postępowania sądowego

Decisions on the type and range of care services for the purposes of court proceedings

Rafał Patryń¹, Irena Wrońska², Regina Lorencowicz³, Cezary Łuckiewicz⁴,
Grzegorz Nowicki⁵, Renata Domżał-Drzewicka⁵, Renata Krzyszycha⁶

¹Zakład Etyki i Filozofii Człowieka WNoZ UM w Lublinie

²Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa WNoZ UM w Lublinie

³Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego WNoZ UM w Lublinie

⁴Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej WNoZ UM w Lublinie

⁵Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego WNoZ UM w Lublinie

⁶Zakład Dietetyki Klinicznej WNoZ UM w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Rafał Patryń

Zakład Etyki i Filozofii Człowieka

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin

e-mail: rpatryn@wp.pl

STRESZCZENIE **ORZEKANIE O RODZAJU I ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH NA POTRZEBY POSTĘPOWANIA SĄDOWEGO**

Artykuł 4. ust. 1. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, określa, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności jak przytacza punkt 6, na orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Warte jest zaznaczenie i podkreślenie faktu określającego ustawową możliwość orzekania przez pielęgniarkę, rozumianego jako możliwości wyrażenia profesjonalnej opinii związanej ze specjalistycznymi czynnościami zawodowymi. W opracowaniu będzie zaprezentowana i omówiona opinia, która powstała w nawiązaniu do przytoczonego artykułu. Opinia dotyczy postępowania związanego z zakresem, rodzajem i sposobem wykonywania czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych nad pacjentem – powodem, który domaga się odszkodowania od podmiotu leczniczego. Opracowany dokument był wykorzystany przez sąd powszechny w toczącym się postępowaniu cywilnym. Stworzony opis przybrał postać modelu postępowania opiekuńczo-pielęgnacyjnego w którym została określona specyfika, zadania i czas profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem leżącym. Zaznaczenia wymaga fakt wzrastającej roli zawodowej pielęgniarek, które swoją wiedzę i umiejętności, mogą angażować w tworzenie orzeczeń, opinii, standardów postępowania na potrzeby różnych instytucji, czy występować w charakterze ekspertów. Stworzona na potrzeby postępowania sądowego opinia, swym zakresem może być stosowana w podobnych czy zbliżonych przypadkach, co może ją sytuować jako źródło wiedzy medycznej w sytuacji zalecanego i pożądanego zakresu czynności opiekuńczych sprawowanych przez pielęgniarki, fizjoterapeutów i ratowników medycznych.

Słowa kluczowe: orzekanie, opinia, pielęgniarki, prawo, opieka

ABSTRACT **DECISIONS ON THE TYPE AND RANGE OF CARE SERVICES FOR THE PURPOSES OF COURT PROCEEDINGS**

Article 4, (1) Act of 15 July 2011 on the Professions of Nurse and Midwife specifies that the profession of a nurse encompasses providing health services. Point 6 specifies the kind and scope of attendance benefits, both for the patient and the care provider. It needs emphasizing that there is a statutory possibility of determining these benefits by nurses, understood as an opportunity to express a professional opinion related to specialized professional activities. This very study will both present and discuss an opinion that was created as a reference to the quoted article. The opinion is related to the scope, types and methods of performing nursing activities for the patient-plaintiff looking to receive a compensation from a healthcare entity. The document created during the process was used by the general court in the pending civil proceeding.

The description that was created took the form of an established standard of care. It defines the specificity, tasks and the amount of time that every nurse needs to spend caring for a patient who is bed-bound. The opinion was created to be used during court proceedings and can be applied to similar cases. This may establish it as a source of medical knowledge in case of recommended and desired scope care exercised by nurses, physiotherapists and paramedics.

Key words: adjudication, opinion, nurses, law, care

WPROWADZENIE

Pielęgniarka w myśl artykułu 4. ust. 1. pkt. 6 *Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*, ma prawo orzekać o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Z uwagi na brak wypracowanej definicji orzekania w kontekście przytoczonym powyżej (przez pielęgniarkę), warto sprecyzować to pojęcie i jego zakres. Opisując i definiując pojęcie orzeczenia, spotykamy definicje związane z typowym orzecznictwem lekarskim dla różnych celów. Jest ono, cytując „*medycznym opisem stanu zdrowia pacjenta, według określonych formalnych reguł i zasad tworzenia dokumentów. Orzeczenie lekarskie to dokument, od którego może zależeć dalszy los pacjenta, dlatego każdy lekarz, który je wydaje, powinien być świadom tego, że wartość dowodowa jego orzeczenia nie może budzić wątpliwości* [1]. Zatem, bazując na cytowanej definicji – orzeczeniem w tym kontekście, można nazwać stworzony opis i wyszczególnienie w odniesieniu do sytuacji zdrowotnej pacjenta – koniecznych, wymaganych i zalecanych (zgodnie z aktualnym stanem wiedzy) czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych, wykonywanych przez osobę do tego uprawnioną (pielęgniarka, opiekun medyczny). Przedmiotem orzeczenia w takim ujęciu była opinia określająca typ i zakres profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad osobą niepełnosprawną – leżącą. W trybie artykułu 290 § 1. *Kodeksu postępowania cywilnego*, jeden z sądów powszechnych zwrócił się do Uniwersytetu Medycznego z wnioskiem o stworzenie opinii dotyczącej rodzaju i zakresu czynności opiekuńczych wraz z szacunkowymi kosztami takiej opieki. Artykuł 290. § 1. określa, że *sąd może zażądać opinii odpowiedniego instytutu naukowego lub naukowo-badawczego. Sąd może zażądać od instytutu dodatkowych wyjaśnień bądź pisemnych, bądź ustnych przez wyznaczoną do tego osobę, może też zarządzić złożenie dodatkowej opinii przez ten sam lub inny instytut* [2]. W tym przypadku Uniwersytet Medyczny z racji pełnionych zadań związanych z kształceniem teoretyczno-praktycznym pielęgniarek został uznany za właściwy podmiot do opracowania takiej opinii. Opinia w swym zakresie ma dotyczyć modelu czynności pielęgniarskich (rozszerzonych o zadania dla fizjoterapeutów i ratowników medycznych) związanych z zalecanym rodzajem i zakresem specjalistycznej opieki nad pacjentem leżącym. Opinia została opracowana na podstawie obszernej dokumentacji medycznej (przedstawiona sytuacja zdrowotno-medyczna powoda od momentu zdarzenia) i przebiegu postępowania z kolejnych rozpraw. Sąd stwierdził potrzebę opracowania takiego dokumentu przez specjalistów w celu określenia: zakresu czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych, czasu opieki i szacunkowych kosztów tak sprawowanej profesjonalnej opieki (ma to związek z wysokością sumy należnego odszkodowania). Z racji wykształcenia, specyfiki zawodowej i określonych powinności profesjonalnego postępowania – osobami posiadającymi wymaganą w tym zakresie wiedzę, są pielęgniarki o określonej specjalizacji. Dla sądu kluczowe jest określenie zakresu wykonywanych czynności pielęgniarsko – opiekuńczych wykonywanych przez pielęgniarkę o określonej specjalizacji, ratownika medycznego,

opiekuna medycznego i przez pomoc domową. Podstawowym celem opracowania tego dokumentu, było określenie typu, zakresu opieki i w związku z tym wyliczenie sumy potrzebnej na profesjonalną pomoc ze strony powyżej wymienionych specjalistów w okresie miesięcznym. Płatnością wyliczonej na tej podstawie sumy związanej z kosztami opieki, byłby obarczony pozwany, czyli w tym przypadku – podmiot leczniczy (w którym doszło do błędu medycznego skutkującego stanem zdrowia powoda w którym się aktualnie znajduje). Waga opracowanego dokumentu jest znacząca, ma on stanowić wytyczne związane z medyczną wiedzą specjalistyczną dotyczącą czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych dla pacjenta leżącego, zdanego na pomoc innych. Opracowany dokument ma też znaczenie typowo procesowe związane z określeniem na potrzeby sądu (w toczącym się postępowaniu) – typu i zakresu profesjonalnych czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla osoby w takim stanie zdrowia. Ocena związana z zakresem i typem opieki medycznej została opracowana na podstawie dokumentacji medycznej, która obrazowała przypadek pacjenta od chwili zajścia zdarzenia powodującego jego niepełnosprawność. Opisany w dokumentacji medycznej aktualny stan pacjenta stał się wyjściowy do oceny możliwej i wymaganej opieki medycznej z uwzględnieniem sprecyzowanych zaleceń: opieki pielęgniarskiej, pomocy ratownika medycznego, pomocy opiekuna medycznego (dotyczy czynności wykonywanych na polecenie pielęgniarki). Obecny stan pacjenta, który stał się bazowy do opracowania opinii. „*Pacjent w wyniku błędów okołoporodowych miał wylew śródczaszkowy i doszło do mózgowego porażenia dziecięcego. Obecnie pacjent ma 35 lat, ma niedowład połowiczny obustronny (z przewagą strony prawej), cierpi na epilepsję, głęboki niedorozwój umysłowy. Brak z nim kontaktu słownego, reaguje tylko na imię i dotyk, nie mówi, nie chodzi, nie zgłasza potrzeb, wymaga karmienia, kąpania, jest całkowicie niesamodzielny. Leki ma podawane rano i wieczorem. Oddycha samodzielnie, jest pod opieką opiekuna medycznego i najbliższej rodziny. Stan jego wymaga profesjonalnej całodobowej opieki, przy pomocy różnych specjalistów. Reasumując, jest to osoba leżąca, niesamodzielna, wymagająca pomocy innych, przez całą dobę.*”

Powołany zespół ekspertów po wszechstronnej konsultacji określił, że pacjent w takim stanie, jest oceniony na 0 w skali Barthel [3]. Zgodnie z aktualnymi standardami opiekuńczymi (opieka kompleksowa wielu specjalistów), pacjent wymaga poza pomocą typowo pielęgniarską, także pomocy fizjoterapeuty [4]. Dlatego w stworzonej opinii są też zawarte dodatkowe uwagi, co do zakresu czynności usprawniających (typowo ruchowych) fizjoterapeuty i co do specjalnego odżywiania – diety klinicznej. Model pielęgnacyjno – opiekuńczy wyrażony w opinii dotyczy zasad i warunków profesjonalnej opieki nad osobą niepełnosprawną w tym konkretnym przypadku, wraz z uwzględnieniem realnych możliwości wykonania określonych świadczeń: medycznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Opinia uwzględnia zadania i możliwości specjalistów z różnych dziedzin dotyczących opieki nad osobą niepełnosprawną. Żądane przez sąd zlecenie dotyczyło także określenia zakresu czynności wykonywanych

przez tzw. opiekuna medycznego. Zawód opiekuna medycznego jest w części swych czynności – zależnym od zaleceń i wskazań personelu medycznego jakim jest pielęgniarka [5]. Z definicji szkolenia zawodowego opiekuna medycznego: „*Jest to osoba, która pomaga swoim podopiecznym zaspokajać potrzeby bio–psycho–społeczne. Asystując personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, pomaga mu i jednocześnie, wspiera osobę chorą i niesamodzielną. Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym*” [6]. Wymagane w opinii szacowania kosztów opieki, były istotne z procesowego kontekstu opracowanego dokumentu. W niniejszej publikacji ich nie cytowano, z uwagi na ich poza merytoryczny aspekt i małe znaczenie w prezentowanym materiale. Opinia w dalszej części przedstawia wyszczególniony zakres i zasady opieki nad osobą niepełnosprawną z określeniem możliwości wykonania profesjonalnych świadczeń przez: pielęgniarkę, opiekuna medycznego, ratownika medycznego, fizjoterapeutę i dietetyka klinicznego.

Zakres opieki nad osobą niepełnosprawną z uwzględnieniem możliwości wykonania określonych świadczeń zdrowotnych przez zespół specjalistów

I. Opieka pielęgniarska. Stan pacjenta wskazuje, że pacjent nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, bez stałej opieki profesjonalnej. Jest on niezdolny do radzenia sobie w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego. Jako osoba obciążona deficytem ruchowym, niedowładem spastycznym obustronnym z przewagą prawej strony, niedorozwojem głębokim, padaczką, niedowidzeniem, wymaga wykonania następujących czynności:

1. Układania w pozycjach przeciwdziałających powstawaniu odleżyn, przykurczów i zniekształceń stawowych. Pozycja ta powinna być powtarzana w stałym cyklu co 2-3 godziny, zmiana pozycji z użyciem funkcji łóżka (łóżko wielofunkcyjne) lub w dwie osoby. Dobór różnego typu podłoża celem stymulacji skóry oraz stosowanie udogodnień odciążających skórę przed nadmiernym uciskiem i zaburzeniami ukrwienia (materac przeciwoleżynowy zmienności ciśnieniowy, poduszki, kliny). *Wykonanie:* pielęgniarka lub opiekun medyczny.
2. Wykonywanie toalety całego ciała 2 x dziennie: kąpiel w łóżku pobudzająca, rano z użyciem szorstkich myjek, pod włos i uspokajająca wieczorem, łagodne środki, mycie z włosiem. Stosowanie kremów ochronnych na skórę. *Wykonanie:* opiekun medyczny po instruktarzu pielęgniarki.
3. Wykonywanie toalety krocza przy każdej zmianie pampersa po oddaniu moczu lub stolca. *Wykonanie:* opiekun medyczny.
4. Zmiana bielizny pościelowej (1-2 razy w tygodniu) i osobistej zależnie od potrzeby lub codziennie. *Wykonanie:* opiekun medyczny.
5. Ocena zdolności połykania (codzienna), dobór techniki karmienia, karmienie przez sondę,

Wykonanie: pielęgniarka, a w sytuacji braku problemów z połykaniem – karmienie i przepajanie (4-5 posiłków dziennie) przez opiekuna medycznego.

6. Podawanie leków zgodnie z zaleceniem lekarza. *Wykonanie:* pielęgniarka.
7. Prowadzenie codziennej rehabilitacji (ćwiczeń wszystkich grup mięśni, stymulacja oddychania, masaże, stymulacja równowagi) 2 x dziennie po 1 godzinie. *Wykonanie:* fizjoterapeuta we współpracy z pielęgniarką i opiekunem medycznym.
8. Werandowanie lub wychodzenie na spacerzy zależnie od wydolności podopiecznego i warunków atmosferycznych, (pożądane 4-5 x w tygodniu co najmniej 1 godz.). *Wykonanie:* pielęgniarka lub opiekun medyczny.
9. Terapia zajęciowa. *Wykonanie:* opiekun medyczny.
10. Konsultacje lekarskie i badania ambulatoryjne. *Wykonanie:* lekarz określonej specjalizacji, bądź ogólny, z udziałem profesjonalnego transportu medycznego z ratownikiem lub pielęgniarką w składzie zespołu.
11. Prowadzenie gospodarstwa domowego: sprzątanie, gotowanie, pranie, prasowanie, robienie zakupów. *Wykonanie:* gospodyni domowa.

Odnośnie czasu opieki: dobowe zapotrzebowanie na usługi pielęgniarskie i opiekuńcze wynosi: pielęgniarka – 2 x dziennie: 2-3 godziny, opiekun medyczny – opieka całodobowa, gospodyni domowa – 8 godzin dziennie [7].

II. Ratownik medyczny. Określenie udziału i roli ratownika medycznego w pomocy pacjentowi w opisanym stanie. Rola ratownika medycznego zgodnie z art. 11. 1. *Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* – będzie sprowadzać się w przypadku pacjenta w takim stanie zdrowia do profesjonalnego transportowania, czyli przygotowania do transportu, opieką nad pacjentem podczas transportu i podczas wizyt, badań lekarskich, diagnostycznych, porad specjalistycznych, rehabilitacji i innych. Ratownik medyczny po rozpoczęciu transportu pacjenta (ulożenie na łóżku transportowym i doniesienie do pojazdu), podejmuje działania z zakresu obserwacji podstawowych funkcji życiowych pacjenta (układ oddechowy, układ krążenia), a w razie konieczności i pogorszenia stanu zdrowia pacjenta podejmuje medyczne czynności ratunkowe np. odessanie wydzieliny z dróg oddechowych. Ratownik podczas transportu może (jeśli zajdzie taka potrzeba), podać leki których lista znajduje się w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia [8]. Po dostarczeniu na określone miejsce (np. do szpitala), pacjent jest transportowany do docelowego pomieszczenia i wówczas jest przekazany pod opiekę pracownikom podmiotu leczniczego. Zatem profesjonalne funkcje transportowe są możliwym zakresem pomocy ratownika medycznego w przypadku pacjenta w takim stanie zdrowia.

III. Fizjoterapia. Zalecenia fizjoterapii, jako dziedziny medycyny, która głównie bazuje na zespole metod

lecniczych wykorzystujących zjawisko reaktywności organizmu na bodźce, powinna obejmować wszystkie aspekty deficytów pacjenta w sferze: poznawczej, sensorycznej, reflektorycznej i ruchowej. Podstawową i zalecaną metodą terapii motoryki w przypadku pacjenta w takim stanie jest metoda: NDT-Bobath [9]. Metoda ta hamuje niekorzystne wzorce ruchowe, patologiczne współruchy i parestezje, jednocześnie dając możliwość torowania ruchów dowolnych, o jak najbardziej zbliżonej jakości, poprzez wielokrotne powtarzanie. Wyszczególniając konkretne zalecenia:

1. Terapię pacjenta uzupełniamy masażem klasycznym, funkcjonalnym, podwodnym perełkowym, ew. akupresurowym stóp i stref odruchowych.
2. Niezbędna jest również stymulacja koordynacji okoręka czyli tzw. związek ręki z okiem.
3. Bardzo ważne jest wspomaganie procesów: gryzienia, żucia, połykania i picia, wspomaganie sfer orofacjalnych i masaż punktów neuromotorycznych. Ważną częścią całości usprawniania jest ergoterapia, wspomaganie polisensoryczne oraz zmysłów np. dieta sensoryczna.
4. Każdą terapię uzupełniamy pielęgnacją, czyli pozycjami ułożeniowymi, zabezpieczeniem przed zwyrodnieniami i deformacjami, pionizacją bierną i czynną.
5. W sferze poznawczej pacjent poddawany jest terapii komunikacji werbalnej i pozawerbalnej AAC, alternatywnej, programach multimedialnych np. Mówik.

IV. Dietetyka. W kwestii określenia prawidłowego odżywiania pacjenta w takim stanie zdrowia, określono również specjalne zalecenie dietetyczne. U pacjentów z porażeniem mózgowym mogą wystąpić liczne niedobory żywieniowe składników odżywczych ze względu na kłopoty z gryzieniem i połykaniem, dlatego niezmiernie ważne jest zapewnienie odpowiedniej, w pełni zbilansowanej diety. Ponieważ żucie i połykanie jest upośledzone, głównym celem takiej diety jest dostarczenie wysokiej jakości pokarmów. Najczęstszymi problemami ze strony przewodu pokarmowego są zaparcia i refluks. Dlatego komponując dietę należy skupić się przede wszystkim na wysokokalorycznych i pożywnych pokarmach oraz wysokiej jakości tłuszczach. Dieta powinna być dietą łatwostrawną, a zarazem pełnowartościową. Podczas przygotowywania posiłków należy pamiętać, aby pokarm dostarczał wszystkich składników odżywczych, a w szczególności białka. Typ diety dla osoby w takim stanie zdrowia powinien być lekkostrawny, a posiłki powinny być przygotowywane w małych objętościach, podawane co 3-4 godziny, wówczas jedzenie nie będzie uciążliwe dla chorego. Gdy występują problemy z połykaniem pokarmów należy je przygotowywać w formie rozdrobnionej, która zawiera duże ilości wody [10]. Produkty zbożowe jak pieczywo trzeba przed podaniem moczyć w mleku lub w naparze z herbaty. Typowe dania obiadowe trzeba przygotowywać w postaci zmiksowanej, czyli gęstych zawiesin z dodatkiem mięsa. Mięso przed podaniem trzeba zmielić i podawać w formie pulpetów,

czy klopsów z dużą ilością sosu, który ma za zadanie ułatwić połykanie [10]. Produkty należy ugotować na parze lub udusić z odrobiną tłuszczu, tak by zachowały jak największą wartość odżywczą. Przygotowywane posiłki powinny zawierać mięso (chude), łatwostrawne warzywa (marchewka, pietruszka, buraki) z dodatkiem węglowodanów z kaszy (jęczmienna, kuskus) lub ziemniaków. Zmiksowane potrawy należy podawać z dodatkiem oliwy z oliwek, śmietany lub masła, co sprawia, że pokarm jest łatwiejszy w połykaniu (formuje w kęsy) [10]. Z uwagi na możliwe zaparcia w skład diety powinny wchodzić pre- i pro-biotyki, pomocne w budowaniu zdrowych bakterii w jelicie, a zarazem łagodzące zaparcia. Najlepiej wybierać produkty zawierające kultury bakterii (kefir, jogurt), banany, miód i produkty pełnoziarniste. W celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia refluksu kwasu, należy unikać owoców cytrusowych, ostrych przypraw, czosnku, cebuli, tłustych kawałków mięsa i napojów gazowanych. Tłuszcze, takie jak masło orzechowe, mleko kokosowe, czy olej kokosowy poprawią jakość diety i mogą być dodawane do koktajli, czy też stosowane do smarowania pieczywa. Zielone warzywa, takie jak jarmuż i szpinak można dodawać do koktajli, a także rozdrobnione do prawie każdego dania: pulpetów, zapiekanek, makaronów i sosów. Zielone warzywa zwiększą zawartość błonnika pokarmowego, jako podstawowy składnik w leczeniu zaparć. W przypadku utraty masy ciała, czy apetytu wskazane jest podawanie gotowych wysokoenergetycznych diet, dostępnych w aptece. Mają formę płynną, są sterylne oraz zawierają łatwo przyswajalne białko oraz niezbędne witaminy i sole mineralne.

WNIOSKI

1. Opieka nad pacjentem powinna być sprawowana przez całą dobę.
2. Główne usługi w zakresie: opieki i pielęgnacji, zaspakajania potrzeb fizjologicznych, życiowych oraz zabezpieczenia przed urazami i atakami epilepsji (autoagresji) powinna sprawować pielęgniarka wraz z pomocą opieki medycznej i domowej (rodziny i domowników).
3. Pełny zakres świadczeń opiekuńczych w przypadku pacjenta w takim stanie zdrowia, powinien poza świadczeniami typowo pielęgniarskimi, wykonywanymi przez pielęgniarkę i pomoc medyczną uwzględniać pomoc fizjoterapeuty i dietetyka.
4. Udział ratownika medycznego jest istotny w przypadku profesjonalnego transportu pacjenta.

PODSUMOWANIE

Przedstawiona opinia dotycząca zakresu czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych jest zbiorem i opisem profesjonalnych czynności, które wykonane w całości (lub w znacznej części) pozwolą na uzyskanie pożądanego poziomu życia pacjenta w takim stanie zdrowia. Opinia w swym odniesieniu bazuje na obecnych i aktualnych trendach medyczno-opiekuńczych i może być uznana

jako model postępowania w takich przypadkach. Przyjęcie takiego modelu opieki oznaczałoby, że opisane zalecenia są wymaganiem poziomem opiekuńczym. Każde zalecenie dodatkowe byłoby traktowane jako podniesienie tego standardu, natomiast nierespektowanie części z nich (lub ich wybiórcze traktowanie) jako opieka sprawowana bez odpowiedniego i należącego profesjonalnego poziomu. Zatem przedstawiony i opisany zakres pomocy winien być traktowany jako zbiór profesjonalnych zaleceń opiekuńczych, który naturalnie można rozszerzać i modyfikować.

Wnioskiem z opracowania jest też stwierdzenie, że rola zawodowa pielęgniarek wraz z posiadaną specjalistyczną wiedzą i umiejętnościami wkracza w nowy obszar – czyli możliwości orzekania na potrzeby różnych instytucji. Orzekanie rozumiane jako wyrażanie opinii, przekazywanie profesjonalnej wiedzy, czy formułowanie określonych twierdzeń przez pielęgniarkę jest związane z zapotrzebowaniem na tworzenie odpowiednich standardów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Należy podkreślić, że pielęgniarki wykonując samodzielny zawód medyczny zaczynają występować w charakterze ekspertów, doradców i fachowych komentatorów powierzonych im przez ustawodawcę określonych czynności medycznych. W tym przypadku wiedza ta została wykorzystana do opracowania na potrzeby postępowania sądowego opinii, która w swym zakresie może być stosowana w podobnych, czy zbliżonych przypadkach. Tym samym opracowany dokument może stanowić źródło wiedzy medycznej, zarówno dla potrzeb określenia zakresu czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych nad pacjentem w takim stanie zdrowia, jak i dla potrzeb orzeczniczych (procesowych) w sytuacji wymaganej tego przez przepisy prawne.

PIŚMIENNICTWO

1. Wilmowska-Pietruszyńska A. Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-stomatologicznych akademii medycznych. Wrocław: Wyd. II 2003; s. 4-5.
2. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego. (Dz. U. z 2014 poz. 101).
3. Skala Barthel – wprowadzona Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. (Dz. U. z 2010 nr 255 poz. 1719). Dostęp [5.05.2016 r.] Przynależność świadczenia pielęgnacyjnego http://forum.gazeta.pl/forum/w,10034,147066119,147066119,przynalezosc_swiadczenia_pielegnacyjnego.html
4. Andruszczak B. Buraczyńska-Andrzejewska B. i wsp. Wielopłaszczyznowa opieka nad dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, Tom 18, Nr 4; 2012; s. 314-318.
5. Szwajkiewicz E. Asmann M. Chrostowska M. i wsp. *Opiekun medyczny w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013, s. 8-10.
6. Charakterystyka zawodu – opiekun medyczny. Dostęp [2.05.2016 r.] <http://www.medykns.eu/opiekun-medyczny>
7. Ksykiewicz-Dorota A. *Zarządzanie w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013, s.183-201.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. (Dz.U. 2016, poz. 587).
9. Borkowska M. Szwiling Z. *Metoda NDT Bobath*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011, s.10-12.
10. Opieka nad chorym. Problemy z przełykaniem. [Dostęp 23.03.2015 r.] <http://opiekanadchorym.pl/niepokojace-symptomy/problemy-z-przełykaniem/>

Praca przyjęta do druku: 27.06.2016

Praca zaakceptowana do druku: 22.09.2016