

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2026 r.

Poz. 497

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 2 kwietnia 2026 r.

**w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej**

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych.

2. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej 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 oraz z 2026 r. poz. 187).

3. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej stanowi załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych dostosują się do wymagań określonych w standardzie organizacyjnym opieki zdrowotnej, stanowiącym załącznik do rozporządzenia, nie później niż do dnia 31 sierpnia 2026 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *K. Kęcka*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 2 kwietnia 2026 r. (Dz. U. poz. 497)

STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH,  
ZAKŁADACH PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH ORAZ W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH  
DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH  
W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

## I. Postanowienia ogólne

1. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych, zwany dalej „standardem organizacyjnym”, określa sposób organizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zwanych dalej „świadczeniami opieki długoterminowej”.

2. Standard organizacyjny ma na celu zapewnienie dobrostanu pacjenta, w szczególności przez poprawę lub utrzymanie jego stanu zdrowia, poszanowanie jego podmiotowości i autonomii, ochronę jego intymności, wsparcie w zachowaniu sprawności adekwatnej do jego stanu zdrowia oraz w utrzymaniu kontaktów rodzinnych i społecznych, a także zapewnienie odpowiedniej edukacji zdrowotnej.

3. Użyte w standardzie organizacyjnym określenia oznaczają:

- 1) pacjent – pacjenta w rozumieniu 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 oraz z 2026 r. poz. 26), objętego świadczeniami opieki długoterminowej;
- 2) osoba ze szczególnymi potrzebami – osobę ze szczególnymi potrzebami w rozumieniu 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 w rozumieniu 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 w rozumieniu 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 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 lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologów, terapeutów zajęciowych, opiekunów medycznych.

4. W sytuacji, w której pacjent przebywający w podmiocie stacjonarnej opieki długoterminowej wymaga zapewnienia świadczeń zdrowotnych, których ten podmiot nie jest w stanie zabezpieczyć i zapewnić, kierownik podmiotu podejmuje działania w celu zapewnienia tych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustaloną i wdrożoną procedurą przekazywania pacjenta do innego podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnej i całodobowej opieki zdrowotnej, obejmującą:

- 1) wybór tego podmiotu leczniczego;
- 2) uzgodnienie z tym podmiotem leczniczym gotowości przyjęcia pacjenta;
- 3) uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na przekazanie do tego podmiotu leczniczego;
- 4) przygotowanie i udostępnienie temu podmiotowi leczniczemu dokumentacji medycznej pacjenta dotyczącej jego stanu zdrowia 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 osób bliskich i opiekunów faktycznych pacjenta o jego przekazaniu do tego podmiotu leczniczego;
- 7) postępowanie w sytuacji, gdy przekazanie pacjenta następuje w trybie nagłym.

5. Kierownik podmiotu stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża procedurę przekazywania pacjenta do placówki całodobowej opieki niebędącej podmiotem leczniczym.

6. Podmiot stacjonarnej 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.

7. 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 osobami obcojęzycznymi lub z niepełnosprawnością słuchu lub mowy, w celu usprawnienia organizacji świadczeń opieki długoterminowej.

8. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej zapewnia w salach pacjentów, łazienkach i toaletach sprawnie działający system przywoławczy umożliwiający niezwłoczne zawiadomienie personelu sprawującego opiekę długoterminową.

## **II. Komunikacja i ochrona podmiotowości pacjenta, w tym zapewnienie realizacji jego potrzeb społecznych, obywatelskich i kulturalnych**

1. Organizacja udzielania świadczeń przez podmiot opieki długoterminowej zapewnia:

- 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 pacjentowi w sposób przystępny i zrozumiały informacji o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz o 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 i opiekunami faktycznymi pacjenta w celu ich uwrażliwienia na jego potrzeby;
- 5) realizację praw obywatelskich pacjenta;
- 6) realizację potrzeb społecznych i kulturalnych pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego – również prawa do nauki;
- 7) dbałość o rzeczy osobiste pacjenta;
- 8) dostęp do rzeczy osobistych pacjenta, szczególnie mających dla niego znaczenie emocjonalne.

2. Podmiot opieki długoterminowej zapewnia, że personel sprawujący opiekę długoterminową:

- 1) nie wykorzystuje relacji z pacjentem, jego osobami bliskimi lub opiekunami faktycznymi do realizacji własnych interesów;
- 2) nie przekracza granic prywatności w relacjach z pacjentem;
- 3) motywuje pacjenta do podejmowania lub podtrzymywania relacji z jego osobami bliskimi lub społecznością lokalną.

## **III. Realizacja świadczeń opieki długoterminowej**

1. Podmiot opieki długoterminowej zapewnia odpowiedni sposób realizacji świadczeń opieki długoterminowej ukierunkowanych na utrzymanie lub poprawę dobrostanu psychofizycznego pacjenta, w zależności od zakresu tych świadczeń, obejmujący w szczególności:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia pacjenta, w tym na podstawie badania fizykalnego;
- 2) zlecanie i ordynację pacjentowi produktów leczniczych oraz monitorowanie stosowanej farmakoterapii w celu zapobiegania polipragmazji i jej skutkom;
- 3) obserwację i ocenę ryzyka wystąpienia albo stopnia zaawansowania odleżyn oraz podejmowanie działań zapobiegających wystąpieniu odleżyn albo działań leczniczych lub terapeutycznych w przypadku stwierdzenia wystąpienia odleżyn;
- 4) obserwację i ocenę ryzyka zaburzeń mobilności oraz motywowanie pacjenta do utrzymania lub poprawy sprawności funkcjonalnej;
- 5) weryfikację i ocenę potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta oraz podejmowanie działań fizjoterapeutycznych dostosowanych do tych potrzeb;
- 6) profilaktykę powikłań związanych z unieruchomieniem, w szczególności zaników mięśni, przykurczy i usztywnienia stawów, infekcji układu oddechowego i moczowego oraz powikłań zakrzepowo-zatorowych, w tym zakrzepicy żyłnej;
- 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, przy wykorzystaniu wybranych skal bólu, w tym jego natężenia, charakteru, lokalizacji, promieniowania i przyczyn nasilenia, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, 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 w celu ich zahamowania;
- 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 higienicznych i pielęgnacyjnych w sposób niepowodujący u pacjenta nieuzasadnionego dyskomfortu fizycznego lub psychicznego;
- 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 i członków jego rodziny.

2. W dokumentacji medycznej odnotowuje się dzień, miesiąc, rok i godzinę objęcia pacjenta świadczeniami opieki długoterminowej oraz zakończenia ich udzielania, a także – jeżeli mają zastosowanie – dane podmiotu leczniczego przejmującego opiekę nad pacjentem.

3. Podmiot opieki długoterminowej stosuje profilaktykę i leczenie odleżyn, obejmujące:

- 1) badanie pacjenta pod względem występowania odleżyn wykonywane:
  - a) przy obejmowaniu pacjenta świadczeniami opieki długoterminowej,
  - b) co najmniej raz w miesiącu,
  - c) przed przekazaniem pacjenta przez podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej do innego podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej lub do placówki całodobowej opieki niebędącej podmiotem leczniczym,
  - d) przed zakończeniem udzielania pacjentowi świadczeń opieki długoterminowej;
- 2) ocenę ryzyka rozwoju odleżyn u pacjenta dokonywaną:
  - a) przy obejmowaniu pacjenta świadczeniami opieki długoterminowej,
  - b) co najmniej raz w miesiącu– z wykorzystaniem skal rekomendowanych przez EPUAP/NPIAP/PPPIA;
- 3) ocenę stopnia zaawansowania odleżyn u pacjenta dokonywaną:
  - a) niezwłocznie po rozpoznaniu odleżyn,
  - b) przy każdej zmianie opatrunku,
  - c) przed przekazaniem pacjenta przez podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej do innego podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej lub do placówki całodobowej opieki niebędącej podmiotem leczniczym,
  - d) przed zakończeniem udzielania pacjentowi świadczeń opieki długoterminowej– za pomocą skal odleżyn zgodnie z klasyfikacją EPUAP/NPIAP/PPPIA;
- 4) opracowanie ran związanych z odleżynami dokonywane z częstotliwością zależną od stanu rany, zgodnie ze strategią TIMERS;
- 5) fotograficzną dokumentację odleżyn u pacjenta uwzględniającą konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta oraz ochrony danych osobowych, dołączaną do jego dokumentacji medycznej, wykonywaną:
  - a) niezwłocznie po rozpoznaniu odleżyn,
  - b) co najmniej raz w miesiącu,

- c) przed przekazaniem pacjenta przez podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej do innego podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej lub do placówki całodobowej opieki niebędącej podmiotem leczniczym,
- d) przed zakończeniem udzielania pacjentowi świadczeń opieki długoterminowej  
– która może być zintegrowana z innymi czynnościami higienicznymi lub pielęgnacyjnymi w celu ograniczenia dyskomfortu pacjenta.

4. Podmiot opieki długoterminowej monitoruje stan odżywienia i nawodnienia pacjenta z wykorzystaniem skal MNA, SGA lub NRS 2002. Ocena stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta jest dokonywana przy obejmowaniu go świadczeniami opieki długoterminowej, a następnie co najmniej raz na 6 miesięcy lub przy każdej istotnej zmianie klinicznej.

5. Podawanie pacjentowi produktów leczniczych w postaci ułatwiającej przyjęcie tych produktów, w tym w postaci ukrytej w pokarmie, jest odnotowywane w dokumentacji medycznej.

6. Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża tryb postępowania szczegółowo regulujący sposób stosowania przymusu bezpośredniego, na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917 oraz z 2026 r. poz. 187), 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 i opiekunom faktycznym pacjenta możliwość uczestniczenia w sprawowaniu opieki nad pacjentem.

8. Podmiot opieki długoterminowej prowadzi obserwację i ocenę ryzyka występowania przemocy i zaniedbania wobec pacjenta. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec pacjenta podmiot opieki długoterminowej realizuje przewidziane prawem działania, a podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej dodatkowo 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 przez personel sprawujący opiekę nad pacjentem, sporządzonym 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 uwag. Za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego takie uwagi może zgłosić także inna osoba bliska.

3. Ostateczne decyzje dotyczące uwzględnienia uwag pacjenta lub jego osób bliskich do planu opieki należą do osób zatwierdzających plan, o których mowa w ust. 4.

4. Plan opieki i jego zmiany są zatwierdzane przez lekarza albo pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki długoterminowej.

5. Plan opieki określa cele, rodzaj, zakres i harmonogram udzielania świadczeń opieki długoterminowej, zapewnianych pacjentowi w sposób kompleksowy i skoordynowany, z uwzględnieniem w miarę możliwości jego potrzeb i oczekiwań.

6. Plan opieki uwzględnia:

1) czynniki:

- a) biologiczne – obejmujące 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 – obejmujące w szczególności stan zdrowia psychicznego pacjenta oraz jego możliwości poznawcze i komunikacyjne,
- c) społeczne – obejmujące w szczególności miejsce zamieszkania pacjenta, jego wykształcenie i wykonywany zawód oraz relacje z osobami bliskimi lub opiekunami faktycznymi,
- d) edukacyjne – obejmujące w szczególności świadomość pacjenta na temat jego stanu zdrowia oraz korzyści lub zagrożeń wynikających z prowadzonego stylu życia,
- e) kulturowe i duchowe;

2) zakres edukacji zdrowotnej prowadzonej wobec pacjenta i członków jego rodziny.

7. Plan opieki zawiera działania dotyczące aktywizacji pacjenta.

8. Plan opieki jest oceniany i modyfikowany nierzadziej niż co 6 miesięcy lub każdorazowo w przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta lub jego potrzeb zdrowotnych.

9. Plan opieki zawiera informacje o oczekiwaniach lub uwagach pacjenta co do sposobu udzielania świadczeń opieki długoterminowej. W przypadku gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia woli, w planie opieki mogą zostać uwzględnione informacje przekazane przez osobę bliską pacjenta.

## V. Łagodzenie bólu

1. W podmiocie opieki długoterminowej opracowuje się w formie pisemnej i wdraża 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 pacjenta z ograniczoną świadomością – na 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 o działaniu przeciwbólowym.

3. Personel sprawujący opiekę długoterminową zapoznaje się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu.

4. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu ustala:

- 1) lekarz prowadzący w podmiocie stacjonarnej opieki długoterminowej – w przypadku pacjenta objętego świadczeniami opieki długoterminowej w tym podmiocie;
- 2) lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem – w przypadku pacjenta objętego świadczeniami opieki długoterminowej przez podmiot opieki długoterminowej inny niż podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej;
- 3) pielęgniarka udzielająca świadczeń opieki długoterminowej – w zakresie posiadanych kompetencji.

5. Personel sprawujący opiekę długoterminową zapewnia łagodzenie bólu u pacjenta zgodnie z ustalonym trybem postępowania w łagodzeniu bólu, w szczególności przez wsparcie w stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

6. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu jest monitorowany i modyfikowany odpowiednio do stanu zdrowia pacjenta lub jego potrzeb zdrowotnych, co podlega każdorazowo odnotowaniu w dokumentacji medycznej. Za monitorowanie i zmianę trybu postępowania w łagodzeniu bólu odpowiada osoba, o których mowa w ust. 4.

7. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu i jego zmiany są uzgadniane z pacjentem, a w przypadku gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia woli – z jego osobą bliską.

## VI. Profilaktyka zdrowotna

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 skorzystanie z przysługujących mu świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym, w tym badań przesiewowych, badań profilaktycznych i szczepień ochronnych.

## VII. Edukacja zdrowotna

1. Edukacja zdrowotna realizowana przez podmiot opieki długoterminowej, zwana dalej „edukacją zdrowotną”, jest:

- 1) prowadzona przez personel sprawujący opiekę długoterminową;
- 2) kierowana do pacjenta i członków jego rodziny;
- 3) prowadzona w sposób dostosowany do stanu zdrowia pacjenta, a także możliwości percepcyjnych pacjenta i jego osób bliskich i opiekunów faktycznych;

- 4) prowadzona z uwzględnieniem bieżących potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 5) prowadzona w sposób zachęcający pacjenta oraz jego osoby bliskie i opiekunów faktycznych do zadawania pytań i przedstawiania wątpliwości;
- 6) prowadzona na bieżąco.

2. Edukacja zdrowotna obejmuje, w zależności od zakresu udzielanych świadczeń opieki długoterminowej, informacje na temat:

- 1) stanu zdrowia pacjenta, w tym zmian w organizmie pacjenta i jego zachowaniu, oraz czynników mających wpływ na jego stan zdrowia;
- 2) dostępnych form wsparcia zdrowotnego, w tym badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych i innych świadczeń zdrowotnych;
- 3) sposobu samoobserwacji przez pacjenta i obserwacji pacjenta przez jego osoby bliskie lub opiekunów faktycznych, a także objawów występujących u pacjenta, które należy sygnalizować personelowi sprawującemu opiekę długoterminową;
- 4) zasad odżywiania, w tym zasad doboru jakościowego i ilościowego produktów spożywczych;
- 5) zalecanych i przeciwwskazanych form aktywności fizycznej, w tym o znaczeniu terapeutycznym;
- 6) bezpiecznej pionizacji i przemieszczania się pacjenta, a także przyjmowania przez niego określonych pozycji;
- 7) sposobu wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych lub wsparcia w ich wykonywaniu;
- 8) zachowań i czynności uznawanych za szkodliwe i niebezpieczne, w tym 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 wyrobów medycznych i bezpiecznego korzystania z nich;
- 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) profilaktyki zaburzeń urologicznych;
- 16) profilaktyki zaburzeń poznawczych;
- 17) profilaktyki zdrowia psychicznego;
- 18) sposobu postępowania z materiałem zakaźnym;
- 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.