



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 31 grudnia 2012 r.

Poz. 1545

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 28 grudnia 2012 r.

w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zwanych dalej „minimalnymi normami”, w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, zwanym dalej „podmiotem”, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, uwzględnia się:

- 1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
- 2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 4) harmonogram czasu pracy;
- 5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2;
- 6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
- 7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
- 8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

2. Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek lub położnych i ich zastępców.

§ 2. 1. Średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku oblicza się według wzorów:

$$1) T_{\text{spb}} = (NI \times T_{\text{spbI}}) + (NII \times T_{\text{spbII}}) + (NIII \times T_{\text{spbIII}}),$$

$$2) T_{\text{spc}} = T_{\text{spb}} + T_{\text{sp}}p$$

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

T_{spb} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich,

N – średnią liczbę pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy poprzedzający ustalenie minimalnej normy (NI – kategoria opieki I, NII – kategoria opieki II, $NIII$ – kategoria opieki III),

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

- T_{śpc} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity,
T_{śpbI} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki I,
T_{śpbII} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki II,
T_{śpbIII} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki III,
T_{śpp} – średni dobowy czas wykonania świadczeń pielęgniarskich pośrednich, który może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich; czas ten określa się, biorąc pod uwagę organizację pracy w podmiocie;

$$3) T_d = T_{ścp} - (T_{ścuw} + T_{ścod} + T_{śckp} + T_{śczl})$$

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- T_d – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku,
T_{ścp} – średni czas pracy w dniach,
T_{ścuw} – średni czas urlopu wypoczynkowego w dniach,
T_{ścod} – średni czas ustawowo przysługujący na opiekę nad dzieckiem w dniach,
T_{śckp} – średni czas przeznaczony na realizację kształcenia podyplomowego w dniach,
T_{śczl} – średni czas nieobecności w pracy usprawiedliwiony zaświadczeniem lekarskim w dniach.

2. Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla danej kategorii opieki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku:

- 1) nr 1 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 2) nr 2 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 3) nr 3 do rozporządzenia – w przypadku:
 - a) zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury, albo
 - b) oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego;
- 4) nr 4 i 5 do rozporządzenia – odpowiednio w odniesieniu do położnicy i noworodka, w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 5) nr 6 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 6) nr 7 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu.

3. Przy ustalaniu minimalnej normy stosuje się wzór:

$$Le = \frac{T_{śpc} \times 365}{T_d}$$

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- Le – liczbę etatów lub równoważników etatów – stanowiącą podstawę obliczenia minimalnej normy,
T_{śpc} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w dniach.

§ 3. W przypadku oddziału o profilu:

- 1) anestezjologia i intensywne terapie (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,
- 2) neonatologicznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu

– stosuje się minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.³⁾) dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

§ 4. 1. W przypadku podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu leczenia uzależnień przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1–4 i 8.

2. W przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku, stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu oraz przepisy § 1 ust. 1 pkt 1, 3 i 4.

3. W przypadku bloku operacyjnego przy ustalaniu minimalnej normy na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (1 pacjent) uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1–4 i 8.

§ 5. 1. W przypadku utworzenia nowego podmiotu, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki, przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- 1) planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych;
- 2) planowaną liczbę pacjentów;
- 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 4) harmonogram czasu pracy;
- 5) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

2. Minimalną normę ustala się w sposób określony w ust. 1 na okres roku, licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian określonych w ust. 1 do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 6. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- 1) wielkość i rozległość terytorialną oraz strukturę demograficzną i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu;
- 2) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;
- 3) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- 4) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016 i 1342.

- 5) harmonogram czasu pracy;
- 6) wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;
- 7) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 7. Minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata.

§ 8. Minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.⁴⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 28 grudnia 2012 r. (poz. 1545)

Załącznik nr 1

**KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ODDZIAŁU O PROFILU ZACHOWAWCZYM
I ZABIEGOWYM LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU**

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga niewielkiej pomocy przy wstawaniu z łóżka, zejściu z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, może sam lub przy pomocy pielęgniarki zmieniać pozycję, transport tylko na noszach, wózku, w oddziałach chirurgicznych – opieka w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, wymaga pomocy przy umyciu pleców, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej lub wykonanie toalety jamy ustnej, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobnienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobnienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozajelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie bilansu	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, założenie i prowadzenie kart obserwacji, prowadzony bilans płynów,

			płynów, oznaczenie masy ciała itp.	pobieranie próbek krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2 x na dobę
6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie dożylnie, podskórne (np. premedykacja) domięśniowo, podanie kropli do oczu, uszu, leczenie skóry- maści, zasyпки stosowane samodzielnie	doustne, domięśniowe, dożylnie, w oddziałach zabiegowych wykonywanie opatrunków 2 x na dobę, w oddziałach dermatologicznych kąpiele, pędzlowanie śluzówek, zawijanie, stosowanie maści zasypek 2 x na dobę	domięśniowe, dożylnie, wlewy dożylnie i doodbytnicze, zmiana opatrunku częściej niż 2 x na dobę, odsysanie wydzieliny z rany pooperacyjnej, kąpiele lecznicze, pędzlowanie śluzówek, stosowanie maści, zasypek częściej niż 2 x na dobę
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne) nie wymaga wsparcia psychicznego	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, nastrój nieco obniżony	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, zdezorientowany, nastrój depresyjny, rodzina pacjenta powinna być objęta programem edukacyjnym i wsparciem psychicznym

**KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ODDZIAŁU O PROFILU PSYCHIATRYCZNYM
LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU**

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga pomocy przy wstaniu z łóżka, z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, pozycję zmienia sam lub przy pomocy pielęgniarki, transport na wózku lub noszach
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, pod prysznic, wymaga pomocy przy umyciu pleców, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobnienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobnienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozajelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie bilansu płynów, kontrola masy ciała itp.	kontrola stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut oraz dokumentowanie ww. obserwacji w kartach zastosowania unieruchomienia i izolacji

6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie dożylnie, domięśniowe, pod inną postacią niż doustne, leki, przyjmuje bez oporów	doustne, domięśniowe, ewentualnie dożylnie, okresowo odmawia przyjmowania leków, niewielkie nasilenie objawów ubocznych polekowych	domięśniowe, dożylnie, podskórne, wlewy dożylnie i doodbytnicze, oponuje przeciwko leczeniu, wymaga interwencji osób trzecich przy podawaniu leków lub przy wykonywaniu zabiegów, występują ciężkie objawy uboczne, polekowe np. złośliwy zespół neuroleptyczny
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne)	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, wymaga oddziaływań psychoedukacyjnych	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, dezorientowany, nastrój depresyjny; pacjent i jego rodzina wymagają wsparcia i podjęcia działań psychoedukacyjnych
8.	ZACHOWANIA AGRESYWNE	spokojny, bez słownych i czynnych zachowań agresywnych	agresja słowna w stosunku do pacjentów i personelu	agresja słowna i czynna w stosunku do pacjentów i personelu, niszczenie sprzętów w oddziale, autoagresja, nadmierne pobudzenie seksualne
9.	DEZORGANIZACJA ZACHOWANIA	brak	niewielka dezorganizacja zachowania bez wpływu na podstawowe czynności życiowe	nasiloną dezorganizacją zachowania
10.	NAPĘD PSYCHORUCHOWY	prawidłowy	okresowo niepokój ruchowy, głośno mówi, śpiewa, nastrój labilny, dysforia, euforia lub porusza się powoli, zastyga, halucynuje wzrokowo i słuchowo, powolny, siedzi beczynnie lub staje nieruchomo, odpowiada cicho, szeptem lub wcale, nastrój obojętny, sztywna mimika twarzy	nadmiernie aktywny, pobudzony psychoruchowo, dysforyczny, stale przemieszcza się w oddziale, domaga się wyjścia poza oddział, głośno mówi, krzyczy, płacze, szarpie się (pacjent unieruchomiony), zaczepia innych, niszczy ubranie, okalecza się, rzuca przedmiotami, całkowity bezruch (stupor)

11.	DEPRESJA	bezsensowność lub nadmierna sensowność, lęk	obniżenie nastroju i napaędu psychoruchowego, zaburzenia snu, lęk okresowy lub przewlekły, dysregulacja rytmów biologicznych, układu autonomicznego (zaburzenia snu, lęk, zaparcia, bóle głowy), wewnętrzny niepokój, drażliwość	aktywność fizyczna i psychiczna obniżona, uboga mimika twarzy, zaniedbany wygląd, nie reaguje na próby nawiązania kontaktu, nie odpowiada na pytania, odmawia przyjmowania posiłków i płynów
12.	MYŚLI SAMOBÓJCZE	brak	wypowiada myśli samobójcze, ale nie ma tendencji do ich realizacji	po próbie samobójczej, wypowiada myśli samobójcze, ma tendencje do ich realizacji, w wywiadzie próby samobójcze, wymaga stałej obserwacji pielęgniarskiej
13.	OBJAWY PSYCHOTYCZNE	brak lub niewielkie	umiarkowane nasilenie bez aktywności psychotycznej	ciężkie, masywne objawy wytwórcze z nasiloną aktywnością psychotyczną
14.	ŚWIADOMOŚĆ	świadomość prawidłowa	senny, na zadawane pytania odpowiada z opóźnieniem, zdezorientowany w czasie	dezorientacja, przymglenie, majaczenie, splątanie
15.	UDZIAŁ W TERAPII	chętnie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych	okresowo uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, nie kończy podjętych zadań	nie uczestniczy w życiu społeczności i terapii zajęciowej
16.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne) nie wymaga wsparcia psychicznego	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, nastrój nieco obniżony	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, zdezorientowany, nastrój depresyjny, rodzina pacjenta powinna być objęta programem edukacyjnym i wsparciem psychicznym

KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ZESPOŁU PORODOWEGO LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU, W STOSUNKU DO RODZĄCYCH SIŁAMI NATURY ALBO W PRZYPADKU ODDZIAŁU LUB ZESPOŁU PORODOWEGO O PROFILU CIĄŻY POWIKŁANEJ LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU, W STOSUNKU DO PACJENTEK ZAKWALIFIKOWANYCH DO CIĘCIA CESARSKIEGO

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	I OKRES PORODU	1. Cięża >37 Hbd; płód pojedynczy, żywy, położenie podłużne-główkowe	1. Cięża >32 <37 Hbd i powyżej 40 Hbd; cięża bliźniacza lub pojedyncza położenie nieprawidłowe	1. Cięża <32 Hbd, cięża mnoga, położenie płodu nieprawidłowe lub cięża martwa
		2. Przebieg ciąży prawidłowy bez dolegliwości ze strony innych układów	2. Wywiad położniczy obciążony, w tej lub poprzednich ciążach	2. Wywiad położniczy obciążony lub choroby innych układów
		3. Pozycja dowolna, rodząca chodzi	3. Pozycja częściowo ograniczona	3. Rodząca leżąca
		4. Pełna samodzielność w zakresie czynności higienicznych	4. Wymaga pomocy w toalecie ciała, szczególnie higiena krocza	4. Wymaga stałej pomocy w utrzymaniu higieny ciała
		5. Dieta lekkostrawna, płynny wg potrzeb	5. Dieta płynna z ograniczeniami	5. Dieta ścisła
		6. Rutynowy pomiar parametrów życiowych	6. Pomiar parametrów życiowych co 2 godziny	6. Pomiar parametrów życiowych co 15 minut (karta obserwacji)
		7. Rutynowa kontrola akcji serca płodu (monitorowanie dłuższe przy przyjęciu rodzącej do oddziału)	7. Okresowe monitorowanie ASP (dodatkowo)	7. Stałe monitorowanie ASP
		8. Postęp porodu prawidłowy, do 8 godzin	8. Zaburzenia w postępie porodu lub planowane ciecie cesarskie	8. Zaburzenia czynności skurczowej macicy, brak postępu porodu

				lub nagle cięcie cesarskie
		9. Potrzeby wydalania zaspokaja sama	9. Wymaga podania basenu	9. Cewnikowanie lub cewnik na stałe
		10. Zachowany pęcherz płodowy, pęknięcie o czasie	10. Pęknięty pęcherz płodowy, odpływa prawidłowy płyn owodniowy	10. Odpływa płyn owodniowy o nieprawidłowym zabarwieniu i woni lub w dużej ilości
		11. Rodząca stosuje ćwiczenia oddechowe, relaksujące, korzysta z udogodnień	11. Rodząca wymaga instruktaza odnośnie ćwiczeń oddechowych i relaksujących	11. Rodząca wymaga stałej pomocy w stosowaniu ćwiczeń oddechowych i relaksujących
		12. Otrzymuje leki doustne, doodbytnicze, domięśniowe	12. Otrzymuje leki doustne, doodbytnicze, domięśniowe, dożylnie	12. Otrzymuje leki parenteralnie, infuzja (dożylnie)
		13. Pozytywne nastawienie rodzącej do porodu, dobra orientacja co do przebiegu porodu, dobry kontakt z położną, rodząca jest spokojna i opanowana	13. Mierna orientacja co do przebiegu porodu, utrudniony kontakt z położną, rodząca nieopanowana, niespokojna, wymaga okresowego wsparcia osoby towarzyszącej	13. Negatywny stosunek do porodu i osób towarzyszących, brak orientacji w przebiegu porodu, wymaga stałej obecności położnej
2.	II OKRES PORODU	1. Czas przebiegu do 2 godzin	1. Przedłużający się ponad 2 godziny	1. Poród zabiegowy, nagłe cięcie cesarskie
		2. Podczas parcia pozycja dowolna	2. Podczas parcia pozycja ograniczona	2. Podczas parcia pozycja wymuszona
		3. Wymaga zapewnienia czystości krocza	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza i okolic przylegających
		4. Ochrona krocza	4. Znieczulenie, nacięcie krocza	4. Pęknięcie krocza, rozległe nacięcie
		5. Rodząca aktywnie uczestniczy w porodzie	5. Rodząca wymaga nauki, pomocy przy parciu	5. Rodząca wymaga aktywnej pomocy, biernie uczestniczy w porodzie
		6. Zastosowanie mają pkt 4-7,9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	6. Zastosowanie mają pkt 4-7, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	6. Zastosowanie mają pkt 4-7, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu
3.	III OKRES PORODU	1. Noworodek w skali Apgar 7-10 pkt	1. Noworodek w skali Apgar 4-6 pkt	1. Noworodek w skali Apgar 0-3 pkt

		2. Waga noworodka 2500-4000 g	2. Waga noworodka poniżej 2500 g lub powyżej 4000 g	2. Waga noworodka poniżej 1500 g, wady u noworodka, martwo urodzony lub umierający po porodzie
		3. Bardzo dobry kontakt matki z noworodkiem	3. Kontakt matki z noworodkiem zaburzony, matka obojętna	3. Brak kontaktu lub niechęć matki do noworodka
		4. Bierne i czynne prowadzenie III okresu porodu, popłód kompletny	4. Czynne prowadzenie III okresu porodu; wątpliwości w ocenie popłodu	4. Patologia III okresu porodu, zabiegi manualne lub instrumentalne
		5. Krwawienie z dróg rodnych do 200 ml	5. Krwawienie z dróg rodnych powyżej 200 ml	5. Krwotok z dróg rodnych
		6. Kanał rodny bez obrażeń	6. Otarcia, pęknięcia kanału rodnego, nacięcie krocza	6. Pęknięcie krocza II lub III stopnia
		7. Zastosowanie mają pkt 4-6, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	7. Zastosowanie mają pkt 4-6, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	7. Zastosowanie mają pkt 4-6, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu
4.	IV OKRES PORODU	1. Skrócony czas przebywania na sali porodowej	1. Dwugodzinna obserwacja	1. Obserwacja powyżej 2 godzin
		2. Rutynowy pomiar parametrów życiowych, wysokości dna macicy, krwawienia z dróg rodnych	2. Pomiar parametrów życiowych co 15 min., kontrola wysokości dna macicy i krwawienia z dróg rodnych (krwawienie zwiększone)	2. Opieka po znieczuleniu ogólnym, dokładna obserwacja i pomiar parametrów życiowych, wysokości dna macicy i krwawienia z dróg rodnych
		3. Matka karmi dziecko piersią	3. Matka wymaga pomocy w przystawieniu dziecka do piersi	3. Matka nie karmi dziecka piersią, zły kontakt z dzieckiem lub brak
		4. Dobra orientacja matki w sprawach zdrowia, samopielęgnacji w porożu, opieki nad dzieckiem, dobry kontakt z otoczeniem	4. Matka wymaga pomocy w spożyciu posiłku, wymaga informacji o samopielęgnacji w porożu, pielęgnacji noworodka, wymaga wsparcia osób bliskich	4. Brak orientacji matki w sprawach zdrowotnych, wymaga wsparcia psychicznego ze strony położnej

KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ODDZIAŁU O PROFILU POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNYM W SYSTEMIE „MATKA Z DZIECKIEM” LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU – W ODNIESIENIU DO POŁOŻNICZY

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	ciąża pojedyncza, poród fizjologiczny bez nacięcia krocza lub z niewielkim pęknięciem I°, ciąża przebiegała bez powikłań, ukończona w terminie porodu, położnica chodząca	ciąża mnoga – bliźnięta, poród z nacięciem i rozległym uszkodzeniem krocza, zabiegowy; ciąża o podwyższonym ryzyku, zakończona przed lub po upływie terminu porodu; przebieg porodu był częściowo zaburzony, nacięcie lub pęknięcie krocza II°, położnica większą część czasu spędza w łóżku	ciąża mnoga – troje lub więcej dzieci, ukończona cięciem cesarskim, interwencja w jamie macicy, w związku z krwotokiem poporodowym, uszkodzenie spojenia łonowego; ciąża wysokiego ryzyka, pęknięcie krocza III°, położnica leżąca, nie opuszcza łóżka, może sama zmieniać pozycję
2.	HIGIENA	położnica wykonuje samodzielnie czynności higieniczne, kąpiel i toaletę noworodka wykonuje przy pomocy położnej	wymaga wykonania toalety krocza lub wykonuje samodzielnie, lecz wymaga pomocy położnej podczas kąpieli pod natryskiem; u noworodka wykonuje tylko niektóre czynności higieniczno-pielęgnacyjne, wymaga pomocy i nadzoru ze strony położnej	wymaga toalety całego ciała, pielęgnacją noworodka zajmuje się położna
3.	ODŻYWIANIE	położnica wymaga diety dla matki karmiącej, samodzielnie spożywa posiłki	położnica wymaga diety dla matki karmiącej lub połączonej ze specjalną dietą w związku z chorobami współistniejącymi, wymaga pomocy w spożywaniu posiłków (pokrojenie, rozdrobnienie)	położnica ma dietę półpłynną lub wymaga pomocy przy spożywaniu np. podanie pokarmu, pojniczka lub odżywiana jest parenteralnie
4.	WYDALANIE	położnica sama zaspokaja potrzebę wydalania,	położnica ma trudności z oddawaniem moczu, wymaga prowokacji,	położnica ma trudności z oddawaniem moczu – wymaga

		czynność pęcherza moczowego i jelit prawidłowa	istnieją trudności z oddawaniem stolca (zaparcia)	cewnikowania lub ma założony cewnik, prowadzona jest karta kontroli przyjmowanych i wydalanych płynów, istnieją trudności z oddawaniem stolca
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry (temperatura, tętno), wysokość dna macicy, kontrola krwawienia, odchodów, stan krocza – pomiar i obserwacja 2 x na dobę	podstawowe parametry (temperatura, tętno), wysokość dna macicy, kontrola krwawienia, odchodów, stan krocza – pomiar i obserwacja częściej niż 2 x na dobę oraz dodatkowo pomiar ciśnienia tętniczego krwi	prowadzona jest karta ścisłej obserwacji
6.	LECZENIE	nie wymaga podawania leków	otrzymuje leki doustnie, domięśniowo, podskórnie, doodbytniczo	otrzymuje leki dożylnie, ma podłączoną kroplówkę, może być przetaczana krew
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	położnica zna zasady pielęgnacji noworodka, karmienia piersią i zdrowego stylu życia w okresie połogu, nie wymaga wsparcia psychicznego, ma dobry kontakt z dzieckiem, chętnie karmi piersią	położnica ma słabą orientację na temat pielęgnacji noworodka, karmienia piersią i zdrowego stylu życia w okresie połogu, wymaga wsparcia położnej i osób bliskich, nie jest przekonana do karmienia piersi	położnica nie zna zasad pielęgnacji noworodka, nie jest przekonana do karmienia piersią i nie zna techniki karmienia oraz zasad zdrowego stylu życia w okresie połogu, wymaga edukacji w tym zakresie, brak kontaktu z dzieckiem, wymaga profesjonalnego wsparcia psychicznego (dziecko urodzone w stanie ciężkim, z wadą lub zmarło)

KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ODDZIAŁU O PROFILU POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNYM W SYSTEMIE „MATKA Z DZIECKIEM” LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU – W ODNIESIENIU DO NOWORODKA

Uwaga: przy kwalifikowaniu noworodka do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II
1.	MASA URODZENIOWA	2501 – 4000 g	2000 – 2500 g lub > 4000 g
2.	SKALA APGAR	8 – 10 pkt	5 – 7 pkt
3.	URAZY POPORODOWE	nie ma	krwiak zewnątrzczaszkowy, wybroczyny na skórze, złamanie obojczyka, porażenie splotu barkowego
4.	WADY WRODZONE	nie ma	wady układu kostno – stawowego, wady twarzoczaszki, układu nerwowego, wady serca, inne wady wrodzone na etapie diagnozy nie wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej
5.	HIGIENA I PIELEGNACJA	codzienna kąpiel noworodka, pielęgnacja kikutu pępowinowego wykonywana przez położną, matka wykonuje samodzielnie toaletę noworodka podczas przewijania, skóra i śluzówki bez zmian patologicznych	toaleta krótkotrwała, pojedyncze ogniska zmian na skórze i błonach śluzowych, pomoc położnej podczas przewijania i toalety noworodka oraz przy pielęgnacji kikutu pępowinowego
6.	ODDYCHANIE	oddycha prawidłowo	zaburzenia oddychania np.: oddech przyśpieszony, postękiwanie, tymczasowa tlenoterapia i odśluzowywanie dróg oddechowych
7.	ODŻYWIANIE	karmienie piersią na żądanie, matka samodzielnie, prawidłowo przystawia noworodka do piersi	pomoc położnej przy dostawianiu noworodka do piersi, karmienie pokarmem matki przy pomocy kieliszka lub łyżeczki, wymaga dokarmiania i dopajania
8.	WYDALANIE	prawidłowo wydalony stolec, mocz i gazy	problemy z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych, wymaga pomocy położnej poprzez odpowiednie ułożenie bądź jednorazowe zastosowanie rurki doodbytniczej
9.	ŻÓLTACZKA NOWORODKÓW	fizjologiczna	wymaga fototerapii – hiperbilirubinemia
10.	OBSERWACJE I POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	obserwacja i pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są 2 x na dobę	obserwacja i pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są 3 x na dobę lub więcej w ciągu dnia

11.	BADANIA DIAGNOSTYCZE	testy przesiewowe na fenylketonurię i hipotyreozę	testy przesiewowe na fenylketonurię i hipotyreozę, dodatkowo poziom bilirubiny, glikemia, morfologia krwi, gazometria, elektrolity, posiewy, wymazy, analiza moczu
12.	LECZENIE PROFILAKTYKA	szczepienia	leki doustne, iniekcje domięśniowe, wlewy kroplowe dożylnie, krople, maści, kąpiele lecznicze

KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ODDZIAŁU O PROFILU PEDIATRYCZNYM
LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielnie lub przebywające na stałe z rodzicami	pacjent wymaga pomocy przy wstawaniu, większą część czasu spędza w łóżku	pacjent unieruchomione, w oddziale zabiegowym – I doba po zabiegu
2.	HIGIENA	we własnym zakresie lub przez rodziców przebywających na stałe z pacjentem	niewielka pomoc przy wykonaniu toalety	nie sygnalizuje potrzeb wymaga pełnego wsparcia przy wykonaniu toalety, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe lub założony cewnik
3.	KARMIEŃIE I ODŻYWIENIE	samodzielnie lub pacjent karmiony piersią lub przebywający na stałe z rodzicami	niewielka pomoc, rozdrobnienie posiłku, schłodzenie płynów do picia	wymaga karmienia
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry 2 x na dobę	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę lub podstawowe 2x na dobę i pobieranie prób do badań	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę, pobieranie prób krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2x na dobę, stałe monitorowanie

				parametrów życiowych
6.	LECZENIE	doustne, nawadnianie dożylne, podskórne (np. premedykacja), podanie kropli, maści do oczu, uszu, leczenie skóry, błon śluzowych, maści, zasypki itp.	leczenie dożylne, opatrunki 2x na dobę, inhalacje (zabiegi zajmujące 60–90 minut)	podawanie tlenu, wlewy dożylne i doodbytniczo, opatrunki częściej niż 2x na dobę, (zabiegi zajmujące więcej niż 90 minut)
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ WSPARCIE DZIECKA I RODZICÓW	pełna wiedza na temat choroby, wymaga podstawowych informacji uzupełniających dotyczących stanu zdrowia, planu opieki praw pacjenta, organizacji oddziału	słaba orientacja o chorobie, wymaga wsparcia, manifestuje lęk	brak wiedzy o chorobie wymaga pełnej edukacji i przygotowania do samopielegnacji, manifestuje lęk

KRYTERIA DLA KATEGORII OPIEKI W PRZYPADKU ODDZIAŁU O PROFILU DIALIZOTERAPII LUB INNEJ JEDNOSTKI LUB KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ PODMIOTU O TYM PROFILU

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent unieruchomiony w czasie dializy, nie wymaga pomocy w zmianie pozycji i wygodnym ułożeniu, po dializie pacjent samodzielny	pacjent wymaga niewielkiej pomocy przy zaścieleniu fotela, przy wstawaniu i ułożeniu się na fotelu, wejściu na wagę przy pionizacji
2.	HIGIENA	pacjent samodzielny po dializie, w trakcie trwania zabiegu nie ma potrzeby wykonywania czynności higienicznych	pacjent samodzielny w zakresie toalety twarzy, jamy ustnej, rąk, nie wymaga wykonywania innych czynności higienicznych
3.	ODŻYWIANIE	pacjent samodzielny	pacjent wymaga niewielkiej pomocy, podania tacy z posiłkiem, kubka lub talerza, rozdrobnienia pokarmu
4.	WYDALANIE	pacjent nie zgłasza potrzeb	pacjent wymaga podania basenu lub kaczki
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	w czasie trwania dializy: dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała oraz oznaczenie masy ciała	w czasie trwania dializy: co najmniej trzykrotny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, oraz oznaczenie masy ciała, co najmniej jednokrotne pobranie próbek krwi
6.	LECZENIE	leczenie przez przetokę tętniczo-żylną do 4,5 godz., stosowanie zasypek leczniczych na skórę, wlewy kroplowe przez przetokę, wykonanie opatrunku na przetoce, wykonanie iniekcji podskórnych	leczenie przez „świeżą” przetokę tętniczo-żylną, wkłucie centralne, leczenie doustne, wykonanie więcej niż jednego opatrunku w czasie trwania dializy, częste stosowanie zasypek leczniczych, zmniejszenie objawów ubocznych dializy, stosowanie kompresów i przymoczek
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I OPIEKA PSYCHOSPOŁECZNA	pełna wiedza na temat choroby i leczenia, dobra orientacja w sprawach zdrowia, nie wymaga wsparcia psychicznego, wymaga informacji o planach postępowania pielęgniarskiego	wymaga informacji o chorobie i leczeniu, diecie, sposobach zachowania lub poprawy zdrowia, planach postępowania pielęgniarskiego oraz wsparcia psychicznego, pacjenci przebywający po raz pierwszy na oddziale, zapoznawani z topografią oddziału, planem leczenia