

REGULAMIN ORGANIZACYJNY ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

I. AKTY PRAWNE REGULUJACE SPOSÓB I TRYB KIEROWANIA DO ZAKŁADU

§ 1

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy zawiera się w strukturze Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i jest podmiotem leczniczym działającym na podstawie:

- a) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654);
- b) 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.);
- c) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.);
- d) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U z 2012 r., poz. 731);
- e) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1480);
- f) Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. Nr 45/2018 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- g) Regulaminu organizacyjnego Spółki Powiatowego Szpitala.
- h) Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593).

II. CELE I ZADANIA ZAKŁADU

§ 2

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest stacjonarnym oddziałem zapewniającym całodobową opiekę osobom niewymagającym hospitalizacji, których stan zdrowia i stopień niepełnosprawności nie pozwala na przebywanie w swoim środowisku domowym.

2. Są to osoby z dużymi deficytami w samoopiece i samo pielęgnacji, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stacjonarnych świadczeń opiekuńczych, pielęgniarских i rehabilitacyjnych prowadzonych pod nadzorem lekarza.

3. Celem pobytu jest poprawa stanu zdrowia pacjenta poprzez zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia poprzez systematyczną aktywizację, usprawnienie ruchowe oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki. Ważnym elementem w realizacji celu jest edukacja pacjenta i jego rodziny.

III. ZASADY KWALIFIKACJI I PRZYJĘCIA DO ZAKŁADU

§ 3

1. Osobami uprawnionymi do realizacji świadczeń zdrowotnych w Zakładzie w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są świadczeniobiorcy objęci powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.
2. Udzielane w Zakładzie świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane są pacjentom, którzy w ocenie skalą zwaną Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Do Zakładu nie przyjmuje się pacjentów finansowanych ze środków publicznych, u których wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna oraz uzależnienie.
3. Wniosek o przyjęcie do Zakładu składa osoba ubiegająca się o przyjęcie lub jej przedstawiciel ustawowy lub za zgodą tej osoby inna osoba.
4. Wniosek powinien zawierać:
 - a) poprawnie wypełnione arkusze zgodnie z załącznikami nr 1-5;
 - b) do wniosku należy dołączyć decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury lub renty;
 - c) kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej np. karta leczenia szpitalnego;
 - d) oryginalnie i poprawnie wypełnione arkusze (zał. nr 1-5) wraz z załączonymi i wymaganymi dokumentami (kopia decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury lub renty, kopie posiadanej dokumentacji medycznej np. karta leczenia szpitalnego) należy złożyć w sekretariacie Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim osobiście lub listownie.
5. Zgoda pacjenta na pobyt jest warunkiem przebywania w Zakładzie. Pacjent nie może przebywać w Zakładzie jeżeli sam nie wyrazi takiej woli.
6. W przypadku chorych nie mogących wyrazić świadomej zgody na umieszczenie w Zakładzie konieczne jest uzyskanie postanowienia sądu o umieszczeniu w zakładzie bez zgody pacjenta.
7. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy załączyć do złożonych dokumentów postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu oraz postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

§ 4

1. Decyzję przyjęcia podejmuje kierownik i lekarz.
2. Kierownik lub pielęgniarka oddziałowa Zakładu zawiadamia telefonicznie osobę skierowaną do Zakładu o terminie przyjęcia.
3. Jeżeli w dniu przyjęcia pacjenta dane o stanie zdrowia będą znacząco odbiegały od stanu zdrowia pacjenta opisywanego w skierowaniu lekarz Zakładu zastrzega prawo odmowy przyjęcia.

4. Gdy Zakład nie dysponuje wolnymi miejscami osoba ubiegająca się o przyjęcie zostaje wpisana w kolejkę oczekujących do przyjęcia do Zakładu zgodnie z art. 23 ust. 2 Ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Skierowanie do Zakładu dla pacjentów finansowanych ze środków publicznych wystawia wyłącznie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 5

Zaprzestanie udzielania przez Zakład świadczeń następuje:

- a) gdy pacjent przestanie spełniać warunki przyjęcia do zakładu, tj. gdy pacjent w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzyma ponad 40 pkt;
- b) gdy zakończy się umowa na udzielanie świadczeń;
- c) na żądanie pacjenta;
- d) w przypadku zgonu pacjenta;
- e) gdy pacjent w sposób rażący zakłóca przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych lub obowiązków wynikających z przepisów prawa;
- f) w przypadku odmowy udzielania świadczeń przez lekarzy i pielęgniarki Zakładu na podstawie Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152) oraz Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039).

IV. ZASADY OPŁAT ZA POBYT W ZAKŁADZIE

§ 6

1. Zgodnie z art. 18 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o działalności leczniczej o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gdzie miesięczna opłata ustalona jest w wysokości 250% najniższej emerytury, jednak opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w Zakładzie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje pobyty pacjentów ocenionych wyłącznie skalą Barthel do 40 punktów. **Nie finansuje natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania.**
3. Szczegółowe ustalenia odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie pacjentów w Zakładzie ustalone zostało Zarządzeniem Nr 17/2018 Prezesa Powiatowego Szpitala z dnia 31.12. 2018 r. Zarządzenie do wglądu u kierownika Zakładu budynek F administracji Szpitala p. 15.

V. ZASADY DLA ODWIEDZAJĄCYCH ZAKŁAD

§ 7

1. Osoby odwiedzające są zobowiązane do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego Zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz do dostosowania się do poniższych zasad:

- a) przestrzegania wyznaczonych godzin odwiedzin (9.00 – 19.00) ze względu na organizację pracy Zakładu oraz poszanowanie spokoju i intymności innych pacjentów z wyłączeniem uzasadnionych przypadków jak zagrożenie życia pacjenta;
- b) zachowywania się kulturalnie w stosunku do personelu i innych osób;
- c) powstrzymywania się od jakiegokolwiek zachowania lub działania powodującego zakłócanie procesu pracy;
- d) przestrzegania zakazu przebywania w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych lub technicznych.

§ 8

1. Informacje dotyczące procesu leczenia udzielane są wyłącznie przez lekarza Zakładu osobie upoważnionej przez pacjenta lub osobie uprawnionej ustawowo.

2. Informacje dotyczące procesu pielęgnowania udzielane są przez pielęgniarkę oddziałową, a w czasie jej nieobecności informacji udziela pielęgniarka dyżurna osobie upoważnionej przez pacjenta lub osobie uprawnionej ustawowo.

3. Ze względu na brak możliwości weryfikacji rozmówcy, Zakład nie udziela informacji w formie telefonicznej lub innej podobnej.

4. W trakcie wizyty lekarskiej oraz wykonywania czynności pielęgniarских i opiekuńczych osoby odwiedzające muszą bezwzględnie opuścić salę chorych.

§ 9

1. Na terenie Zakładu obowiązuje zakaz:

- a) samodzielnego (bez wiedzy lekarza) podawania leków pacjentom przez osoby odwiedzające;
- b) zakaz przechowywania żywności w pokoju, dokarmiania przez odwiedzających bez zgody pielęgniarki dyżurnej.

2. Dla osób odwiedzających, które łamią zakazy określone w punkcie a) i b) może zostać wprowadzony ograniczony system odwiedzin, co nie wyłącza poniesienia innych przewidzianych prawem konsekwencji.

§ 10

Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być wprowadzony okresowo zakaz odwiedzin pacjentów.

§ 11

Odwiedzającym nie wolno filmować lub fotografować chorych przebywających w Zakładzie oraz personelu z wyjątkiem odwiedzanego chorego.

VI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

Zakład gwarantuje przestrzeganie Praw Pacjenta, których wykaz jest dostępny na tablicy informacyjnej.

§ 13

Za zniszczone mienie Zakładu (np. łóżko, materac przeciwodleżynowy, wózek) niewynikające z procesu zużycia wyrządzone przez pacjenta w trakcie jego pobytu w Zakładzie pacjent lub jego prawny opiekun ponoszą odpowiedzialność materialną.

§ 14

Zakład nie ponosi odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone rzeczy osobiste pacjenta jak okulary, aparaty słuchowe, protezy zębowe, odzież oraz rzeczy wartościowe, środki pieniężne nie przekazane do depozytu.

§ 15

W zależności od sytuacji w Zakładzie pacjent decyzją pielęgniarki oddziałowej może być przeniesiony do innej sali lub na inne łóżko.

Załączniki:

1. Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego.
2. Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno –opiekuńczego.
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
4. Skala Glasgow.
5. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego/przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUNCZO-
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO***

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca"
Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.
** Jeżeli jest wymagana.
*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....

.....

Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie - toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej.....
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione
-

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ^{**/**}

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczo-
leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, póź. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, póź. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/RZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ^{1/}

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ^{2/}

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego

tożsamość.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L/p	Czynność ^{3/}	Wynik ^{4/}
1.	Spożywanie posiłków: 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 = nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów także (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 = nie porusza się lub < 50m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	

	10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
		Wynik kwalifikacji ^{5/}

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga ^{1/} skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym ^{1/}

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego ^{6/}

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego ^{6/}

^{1/} Niepotrzebne skreślić.

^{2/} Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

^{3/} W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

^{4/} Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

^{5/} Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10

^{6/} Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Bartel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

SKALA GLASGOW

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

L.p.	Ocenie podlega	Wynik
1.	Otwieranie oczu: 4 punkty – spontaniczne 3 punkty – na polecenie 2 punkty – na bodźce bólowe 1 punkt – nie otwiera oczu	
2.	Kontakt słowny: 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent dezorientowany 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 punkt – bez reakcji	
3.	Reakcja ruchowa: 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) 1 punkt – bez reakcji	
Wynik kwalifikacji:		

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzielimy na:

- GCS 13 – 15 – łagodne
- GCS 9 – 12 – umiarkowane
- GCS 6 – 8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

.....
 data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
 albo lekarza zakładu opiekuńczego

