



Provozní řád

ambulantní a lůžková část Geriatrie - LDN

MUDr. Doleželová Ivana
primářka oddělení
ivana.dolezelova@ftn.cz
Mgr. Brezíková Eva, vrchní sestra oddělení

účinnost od 01.01.2010

Tento provozní řád oddělení LDN I vychází z Organizačního řádu FTNSP a řídí se platnými zákony ČR, vyhláškami a předpisy Ministerstva zdravotnictví ČR, zohledňuje závazné normy a předpisy pro vedení zdravotnické dokumentace.

1. Struktura oddělení

1.1 Ambulantní část – náplní ambulantní části je příjem nemocných na lůžkové oddělení, provádění geriatrické konziliární služby v areálu FTNSP a ambulantní sledování a vedení léčby chronických nemocných.

Za provoz ambulantní části odpovídá zástupce primáře pro ambulantní část a ambulantní sestra.

Zástupce pro ambulantní část potvrzuje a kontroluje opíratové hospodářství všech stanic LDN.

1.2. Lůžková část – navazuje na ambulantní část, přebírá přijaté nemocné a po ukončení hospitalizace předává, dle možností, pacienty zpět do ambulantní péče.

Vedoucí lékaři

- 1. zástupce primáře pro ambulantní část** – odpovídá za provoz ambulance
- 2. zdravotnický zástupce primáře** – odpovídá za provoz lůžkové části, současně plní funkci vedoucího lékaře oddělení
- 3. zástupce primáře pro výuku** – odpovídá za organizaci a vedení výuky zaměstnanců lékařů, odbornou publikační činnost zaměstnanců LDN, organizaci odborných seminářů uvnitř i vně LDN a FTNSP apod. , současně plní funkci vedoucího lékaře oddělení
- 4. vedoucí lékař oddělení** – odpovídá za organizační chod, odbornou a ekonomickou úroveň svěřeného úseku.

Vedoucí lékař podepisuje veškeré žádanky na vyšetření a vyžádaná konzília svého úseku, kontroluje předepisování týdenní „lékárny“ a materiálů. Je odpovědný za dodržování předepsaných limitů lékové a materiálové spotřeby na svém úseku. Problémy svého úseku prezentuje při pravidelných poradách užšího vedení LDN. Na svěřeném úseku je jeho partnerem staniční sestra nebo jiná sestra pověřená řízením ošetrovatelské péče stejného úseku.

Nadřízeným vedoucího lékaře je primář LDN, organizačně a medicínsky-odborně jsou jeho podřízenými všichni pracovníci úseku. Zajištění kvality a odpovídající úrovně ošetrovatelské péče konzultuje s vedoucí sestrou stejně jako organizaci RHB a organizaci aktivizační péče. Dohlíží na dodržování závěrů primářských vizit.

Kolektivy vedení

kolektiv užšího vedení – primář, zástupci primáře, vedoucí lékaři, vrchní sestra. Kolektiv svolává sekretářka oddělení, probíhá 2x měsíčně, účast všech na kolektivu je závazná

kolektiv širšího vedení – primář, vrchní sestra, staniční sestry (vedoucí sestry)- kolektiv svolává sekretářka oddělení, probíhá 1x za 3 měsíce, účast všech na kolektivu je závazná

kolektiv lékařů – denně ráno, na kolektivu jsou probírány odborné a organizační události a situace oddělení z předchozího dne

kolektiv staničních sester – porada staničních sester pod vedením vrchní sestry – 1x týdně

Kolektivy slouží k organizaci činnosti celého oddělení a přenosu informací směrem dolů a zpět směrem nahoru

Základní dělení lůžkové části. Lůžková část LDN je rozčleněna do 8 stanic standardních lůžek následně péče.

2. Příjem pacienta na lůžkovou část.

- 2.1. Pacienti k hospitalizaci **jsou plánovaně přijímáni** na základě požadavků nemocničních pracovišť či terénních lékařů. **Akutní příjmy lze realizovat dle lůžkové kapacity pouze se souhlasem primáře oddělení.** Registraci požadavků na hospitalizaci nemocných, jejich příjem a rozdělení na jednotlivé stanice **řídí primářka a zástupkyně primářky pro LDN. Lékař a staniční sestra** každé stanice rozhodují o **přidělení lůžka** přijímanému nemocnému.
- 2.2. **Zástupce primáře pro ambulantní část** je současně i vedoucím lékařem ambulance a vedoucím odborným geriatrickým konziliářem LDN pro FTNsP
- 2.3. **Příjmy** na oddělení LDN. Konkrétní nemocné na jednotlivé stanice lůžkové části **přijímá lékař předem určený**, a to v prostoru vyšetřovny nebo v příjmové ambulanci. Při těžkém stavu nemocného se příjem provádí přímo na lůžku konkrétního oddělení. Přijímající lékař uvědomí o novém příjmu zástupce primáře pro ambulantní část. **Rozpis přijímajících lékařů je denně rozeslán elektronicky** ambulantní sestrou na všechny stanice a všem lékařům.

Povinnosti jednotlivých pracovníků při příjmu pacienta a následně po něm:

- 2.3.1. **Staniční sestra.** Přijímaného **pacienta přebírá** od sanitní služby nebo příbuzných **staniční nebo ambulantní sestra**, která se pacientovi představí a podle stavu nemocného pokračuje v podávání provozních informací nemocnému nebo přivolá ihned přijímajícího lékaře, případně vedoucího lékaře oddělení.

Staniční sestra **oznamuje neprodleně příjem nového pacienta** lékaři.
- 2.3.2. **Ošetřující sestra.** Při prvním kontaktu s nemocným se představí celým jménem a provede příjem nemocného se zavedením povinné dokumentace a vyplněním povinných příjmových vyšetření – viz standardy ošetřovatelské péče.
- 2.3.3. **Přijímací lékař.** Dostaví se k příjmu nemocného **neprodleně** po vyzvání staniční sestrou, pacientovi se představí celým jménem a podle stavu nemocného provede nutná ošetření. Zhodnotí příchozí dokumentaci a zajistí potřebnou kontinuitu v podávání medikace. Komplexní vyšetření a administrativní úkony spojené s přijetím nemocného vyhotoví do konce pracovní doby.

Příjem nového nemocného **oznamuje přijímací lékař vedoucímu lékaři oddělení**

Při přijetí nemocného **vyplňuje lékař následující doklady:**

- **příjmový list v PC programu Medea**
- **aktuální ordinaci do denního dekurzu**
- **kartu na RHB**
- **formulář pro konečné účtování výkonů pro zdravotní pojišťovnu**
- **souhlas nemocného s hospitalizací a podáváním informací o zdravotním stavu**
- **poučení pacienta o jeho právech**
- **MMSE (lze vyplnit dodatečně do 3 dnů od přijetí)**

Souhlas nemocného s podáváním informací o jeho zdravotním stavu

Přijímající lékař po dohodě s nemocným zaznamená do příslušného formuláře jednu nebo více osob, které si nemocný přeje informovat o svém zdravotním stavu, rozsah podávaných informací dle přání pacienta a takto vyplněný formulář stvrzuje nemocný i lékař svým podpisem. Pokud pacient není schopen podpisu, zjistí lékař na předchozím pracovišti, zda tato skutečnost byla nahlášena na centrální evidenci FTNsP. V případě, že ne, hlásí tuto skutečnost osobně na centrální evidenci FTNsP.

V případě, že nemocnému brání k vyjádření souhlasu s hospitalizací motorická nebo fatická porucha a pacient je schopen dát souhlas jiným způsobem, zapíše lékař tuto skutečnost do dokumentace, stvrdí svým podpisem a podpisem svědka (ošetřující sestra, staniční sestra nebo jiný lékař)

- 2.3.4. **Vedoucí lékař oddělení -** zhodnotí stav a dokumentaci přijímaného pacienta a zkontroluje aktuální medikaci a v případě potřeby nařídí potřebná opatření a event. změny v dokumentaci.
- 2.3.5. **Zástupce primáře** pro ambulantní část **odpovídá za správnost vyhotovení příjmové dokumentace** a toto stvrzuje svým podpisem
- 2.3.6. **Ambulantní sestra – zkontroluje u všech přijímaných nemocných** kontakty na příbuzné a známé, které pacient označí za osoby k určené k přebírání informací o jeho zdravotním stavu. Kontakty napíše na čelní stranu chorobopisu. V případě, že není možné kontakt zjistit, předává toto k řešení sociální pracovníci.
- 2.3.7. **Rehabilitační pracovník (RHB), ergoterapeut, nutriční specialista** Navštíví nově přijatého nemocného v den přijetí, představí se plným jménem a provede potřebná vyšetření v rámci své kvalifikace, pacienta seznámí s možnostmi RHB/dietního režimu. Práci RHB pracovníka a

ergoterapeuta popisuje Harmonogram práce a Náplň práce ergoterapeuta, RHB pracovníka a nutričního terapeuta.

2.3.8. **Sociální pracovnice** Provede do tří dnů od přijetí sociální šetření s pacientem, **objednává příbuzné k návštěvě lékaře po uplynutí 7 dnů od počátku hospitalizace.**

V průběhu hospitalizace nemocného na našem oddělení poskytuje komplexní sociální servis nemocným i příbuzným v rámci své kompetence a pracovní náplně. V indikovaných případech po dohodě s ošetřujícím lékařem informuje pacienty a příbuzné o možnostech následného sociálního zajištění v domácí nebo ústavní péči. Podává informace pacientům i příbuzným o možnosti pobytu nemocného v nadstandardním pokoji (od ledna 2009) a o praktických mechanismech úhrady nadstandardních služeb nebo sponzoringu oddělení.

2.3.9. **Kancelář** - pracovnice kanceláře připraví příjmovou dokumentaci nemocného. Jednotlivé údaje vyplňuje podle platných a předložených dokladů nemocného. V případě, že nemocný doklady nemá, k vyplňování použije údaje z překladové zprávy nebo doporučení k hospitalizaci. Při přijetí nemocného kontroluje anebo znovu zakládá elektronickou dokumentaci nemocného v programu NIS MEDEA, vytiskne identifikační štítky pacienta a celou dokumentaci předává na příslušnou stanicí.

Od nemocného dále přebírá **proti potvrzení** cennosti pacienta a ukládá je do trezoru, zjišťuje způsob nakládání s důchodem a zajišťuje plnou moc k těmto úkonům (příslušný formulář).

3. **Lékařské vizity.**

a. **Dopolední vizity ve všední pracovní den** provádí **ošetřující lékař** v době **od 9.00 do 11.30 hodin**. Náplň lékařské vizity je vyšetření nemocného a zjištění aktuálního zdravotního stavu, objektivizace vývoje a průběhu onemocnění, kontrola úspěšnosti zavedené terapie. Výsledkem lékařské vizity je stanovení dalšího postupu, včetně vyšetřovacího a terapeutického plánu, do něhož patří i plán RHB. Další činnosti spojené s lékařskými vizitami upravuje Harmonogram práce lékaře.

b. **Dopolední lékařské vizity o víkendových pohotovostních službách a svátcích** provádí službu mající lékař v době od 9 do 12 hodin. Cílem vizity je odhalení destabilizovaných nemocných, u kterých lékař provede vyšetření a ošetření v plném rozsahu potřebné péče. K těmto účelům využívá lékař všech možností komplementu a odborných oddělení FTN.

c. **Zápis o provedené vizitě** provede lékař do všech chorobopisů u všech nemocných. Obsah a rozsah zápisu odpovídá zjištěným změnám a odpovídá stavu pacienta. U akutně zhoršených a jiných stavů, vyžadujících lékařský zákrok, provede lékař zápis formou aktuální epikrizy. Všechny zápisy o zdravotním aktuálním stavu nemocného jsou označeny jmenovkou a vlastnoručním podpisem lékaře. U akutních stavů je každý zápis lékaře v dekurzu označen i hodinou začátku a konce události, vyšetření, ošetření, překlada, hodinou začátku a ukončení jakýchkoliv jiných dalších neobvyklých akutních stavů a situací (pády, opuštění oddělení, agresivita a útok apod.)

d. **Večerní lékařské vizity o pohotovostních službách ve všední pracovní dny** jsou prováděny u pacientů předaných do služby k monitoraci a kontrole ošetřujícím lékařem a u akutně destabilizovaných nemocných, včetně odpovídajícího vyšetření a ošetření nemocného.

e. Lékař o všední pohotovostní službě je povinen navštívit každou stanicí svěřeného úseku v době od 19 do 19.30 hodin a aktivně vyhledávat nestandardní situace a stavy nemocných konzultací se službu mající sestrou. **Navštíví všechny ke sledování předané nemocné a nově přijaté pacienty. O vyšetření, stavu pacienta event. ošetření a změně ordinace provede zápis do dokumentace s udáním času návštěvy.**

f. O každém vyšetření, ošetření a kontrole nemocného během pohotovostní služby vyhotoví lékař záznam do dokumentace s podpisem a jmenovkou.

g. **Vizity vedoucího lékaře oddělení** probíhají v odpoledních hodinách, jedná se o konzultace s ošetřujícím lékařem, staniční (vedoucí) sestrou, dle potřeby i ostatními členy pracovního týmu. Cílem je tvorba komplexního léčebného plánu každého nemocného, kontrola dodržování léčby lege artis, dle doporučených postupů a EBM. Vizity vedoucího lékaře probíhají 1x týdně v pracovní dny, mimo dny primářských vizit v daného úseku oddělení dle předem stanoveného rozpisu.

h. **Primářské vizity** jsou prováděny pravidelně 2x týdně, dle potřeby oddělení i častěji. Na počátku vizity probíhají konzultace odborného týmu (primář, ošetřující lékař, staniční sestra, vrchní sestra, ošetřující sestra, RHB pracovník, ergoterapeut a nutriční konzultant) nad problematikou konkrétních pacientů. Součástí primářské vizity je kontrola somatického a psychického stavu všech nemocných, kontrola písemné dokumentace, kontrola medikace a dodržování léčebného plánu. Výsledkem vizit je úprava a korekce terapeutického plánu a stanovení další perspektivy a prognózy nemocného. O

provedené primářské vizitě je proveden zápis do dokumentace.

4. Ošetřovatelské vizity

Ošetřovatelské vizity provádí ošetřovatelský tým (vrchní sestra, její zástupci nebo staniční sestra spolu se sestrou konající službu) v pravidelných intervalech - 1x týdně. Cílem ošetřovatelské vizity je kontrola úspěšnosti ošetřovatelského plánu a stanovení nového dle aktuálního stavu nemocných. Výsledky ošetřovatelské vizity jsou prezentovány při primářské vizitě a pravidelně je informován ošetřující lékař. O závěrech ošetřovatelské vizity je proveden zápis do dokumentace.

Pacient má povinnost účastnit se všech typů vizit na oddělení LDN.

V době plánovaných vizit není možné podávat informace příbuzným.

5. Vedení chorobopisu

5.1. Kompletní chorobopis obsahuje záznamy ošetřujícího lékaře, ošetřující sestry, RHB pracovníka, ergoterapeuta, nutričního terapeuta. Všechny tyto **záznamy o zdravotním stavu nemocného a jeho změnách jsou jediným a právoplatným dokumentem**, proto musí postihovat skutečný stav nemocného a vývoj hospitalizace nemocného. Jsou vedeny v souladu s platnou vyhláškou o vedení zdravotnické dokumentace a dle platných standardů FTNSP.

Výňatek ze zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění

§67b Zdravotnická dokumentace

- (1) Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci.
- (2) Zdravotnická dokumentace obsahuje
 - a) osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy,
 - b) informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.
- (3) Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo.
- (4) Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně; je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný.

5.2. **Změny v aktuálním zdravotním stavu musí být sepsány podrobným zápisem s časovým údajem**, dle potřeby i několikrát denně, a to tak, aby i s odstupem času bylo možné zhodnotit průběh nemoci. Do chorobopisu se dále zapisují prováděná vyšetření, odesílání nemocného na konziliární vyšetření, **převozy sanitou** a další důležité údaje dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci (vyhláška MZ č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci) Součástí zápisu lékaře o stavu pacienta je v pravidelných intervalech zaznamenat **vývoj soběstačnosti, pokroky v RHB a vývoj kognitivních funkcí**. K těmto účelům postačuje souhrnná epikríza.

5.3. **Zápis lékaře v době pohotovostní služby – ve všední dny a v pátek** provádí zápis do chorobopisu **pouze při řešení akutních stavů**. V sobotu, neděli a ve svátky provádí lékař zápis do chorobopisu po provedené vizitě u všech nemocných svěřeného oddělení. Zápis je nutné vlastnoručně podepsat a označit jmenovkou lékaře.

5.4. EPIKRÍZY

Epikrízy jsou souhrnné zápisy o vývoji choroby a plánech při další léčbě či vyšetřovacích postupech nemocného.

Epikríza obsahuje standardní údaje - důvod pobytu pacienta, průběh a aktuální stav nemocného, diagnózy, plán léčby, poučení nemocnému i příbuzným (obsah poučení: poučení kdy - datum, zda pacient rozuměl a je schopen akceptovat doporučení).

Epikrízy jsou vyhotovovány ošetřujícím lékařem **1x týdně** v programu NIS MEDEA

6. Indikace a objednávání konziliárních vyšetření

- a. Konziliární vyšetření na odborném pracovišti nebo u lůžka nemocného **indikuje ošetřující lékař**, který vyplňuje lékařskou část potřebné žádanky, včetně poukazu na převoz nemocného sanitou.
- b. Konziliární vyšetření **objednává staniční sestra**. Pokud objednání konzíliá vyžaduje informaci konziliárnímu lékaři, vyjednává toto vyšetření **ošetřující lékař**.
- c. **Telefonická konziliární konzultace** - odbornou telefonickou konzultaci provádí **ošetřující lékař** nemocného, uzná-li tento způsob řešení odborného problému za dostačující.
- d. **Ošetřující lékař** provádí do dekurzu **zápis** o indikaci konziliárního vyšetření, dále podrobný zápis o telefonické konzultaci – zde je nutné zapsat jméno konzultujícího odborníka a odborné pracoviště.

7. RHB, aktivizace, skupinová terapie, cvičení v tělocvičnách

Aktivizace a RHB probíhá na stanicích LDN v režimu individuální a skupinové terapie dle potřeb nemocných a předem vytvořených terapeutických plánů v dopoledních i odpoledních hodinách. RHB a ergoterapeutické skupiny sdružují nemocné s obdobnými diagnózami, obdobnými handicapami a obdobnými možnostmi zlepšení při skupinové terapii. RHB a skupiny pracují denně v dopoledních a odpoledních hodinách pod vedením ergoterapeutů, fyzioterapeutů. Ke své práci využívají RHB, ergoterapeutických pomůcek a prostor k těmto účelům vymezených. Cílem je zlepšení soběstačnosti a kondice fyzické i psychické u handicapovaných nemocných s předpokládaným zkrácením délky pobytu v našem lůžkovém zařízení.

RHB a ergoterapeutickou činnost blíže upravuje harmonogram práce těchto pracovníků.

RHB, aktivizace a skupinová terapie jsou součástí léčby nemocného a jsou indikovány ošetřujícím lékařem dle potřeb a možností nemocného. Dle zákonných norem ČR má pacient povinnost se těchto činností účastnit jako neoddělitelné součásti léčebného režimu. Pacient má právo léčbu odmítnout formou podepsání negativního reverzu.

Rodina nemocného má povinnost **dopřít do nemocnice veškeré RHB pomůcky, ortézy, protézy, které nemocný získal na poukaz ZP** a jsou potřebné pro pacientovu RHB. Tyto pomůcky bude nemocný používat jako jediný při své RHB během pobytu, v LDN. Při propuštění si tyto pomůcky odnáší zpět do domácí péče.

RHB péči u hospitalizovaných v LDN nelze zajišťovat jinými způsoby než činností zaměstnanců FTNsP na základě indikace ošetřujícího lékaře. Veškerá individuální RHB, ergoterapie, osobní ošetřovatelky a další typy alternativní péče, které nejsou indikovány lékařem, nejsou v prostorách LDN povoleny.

8. Duchovní péče

je přístupná nemocným v rámci individuální terapie. Duchovní péče je indikována lékařem, je provozována profesionálním pracovníkem v rozsahu potřeby pacienta.

9. Dobrovolnický program v rámci komplexní péče o pacienty je dle diagnózy a postižení nemocného indikována ošetřujícím lékařem herní terapie, individuální rozhovory nebo zooterapie. Tyto služby poskytuje dobrovolnická organizace Lékořice v rámci svých aktivit a podle legislativních norem v ČR.

10. Stravování nemocných

je celodenně zabezpečeno dovozem jídla z centrální kuchyně FTNsP dle individuálních dietních potřeb nemocného. Dietní režim určuje ošetřující lékař a nutriční terapeutka. Dle potřeb a diagnózy nemocného je možná individuální úprava dietního režimu (určuje ošetřující lékař).

Personál LDN nezajišťuje žádné nákupy nemocným.

Rodinám a návštěvám je **dovoleno přinášet potraviny nemocnému až po konzultaci s ošetřujícím lékařem nebo nutriční terapeutkou.** Pro vnesené potraviny je pacientům k dispozici lednice na každé stanici LDN.

Rodinní příslušníci a návštěvy **mají možnost v době návštěvních hodin krmit a napájet nemocného po předchozí konzultaci s ošetřující sestrou.**

11. Hygiena nemocných

je zajišťována ošetřujícím personálem v rozsahu kompletní ošetrovatelské péče a to v časovém harmonogramu určeném vrchní a staniční sestrou. Některé úkony a výkony, které nepatří do ošetrovatelské péče (stříhání a barvení vlasů, holení, pedikúra, manikúra) jsou zajišťovány, pokud si nemocný přeje, odborníky v oboru, kteří nejsou zaměstnanci FTNsP. Tyto činnosti jsou plně hrazené nemocným. Zbylé služby může zajišťovat rodina svépomocí nebo pacientovi, dle jeho zdravotního stavu, zajistit tyto služby v areálu FTN.

Příbuzným je povoleno, pokud pacient souhlasí, účastnit se kompletní osobní hygieny nemocného po předchozí edukaci ošetřující sestrou. Bez souhlasu ošetřující sestry lze poskytovat hygienickou péči pouze v rámci lůžka nemocného.

Pacient nebo jeho rodina mají **povinnost zajistit základní hygienické potřeby a tyto neustále obnovovat.** Mezi základní hygienické potřeby patří – mýdlo, šampon na vlasy, toaletní papír, krémy a oleje na kůži.

Edukační výukové dny pro pečovatele - pokud bude imobilní a závislý nemocný na žádost příbuzných překládán do domácí péče, je rodinám a budoucím pečovatelům povoleno strávit několik dnů (v čase od 7.00 do 18.00 hodin) na oddělení a pečovat v plném rozsahu o nemocného pod vedením odborného personálu. Tato edukace příbuzných je prováděna zdarma, bez poskytnutí stravy nebo jiných hotelových služeb příbuzným.

Edukační výukové dny pro pečovatele povoluje primář oddělení

12. Návštěvy nemocných

Návštěvní hodiny na všech stanicích jsou **od 14.00 do 18.00 hodin denně, v letním provozu (od 1.4. do 31.10.) jsou prodloužené návštěvy ve středu a neděli do 20 hodin**. V tuto dobu je každá stanice pro návštěvy volně přístupná. **Mimo tyto hodiny jsou návštěvy u lůžka nemocného individuálně povoleny primářem LDN**. Výjimku tvoří **návštěvy u umírajícího nemocného**, kdy rodina má zájem o přítomnost u lůžka v posledních okamžicích života pacienta. Tyto návštěvy povoluje ošetřující lékař v kteroukoliv denní hodinu.

Každá návštěva u lůžka nemocného má povinnost ohlásit svůj příchod a odchod na sesterně, i pokud se návštěvy pravidelně opakují.

13. Informace příbuzným.

Informace o zdravotním stavu podává ošetřující lékař, případně jeho nadřízený, a to **konkrétní osobě dle přání nemocného. Konkrétní osoba, určená nemocným pro komunikaci s lékařem je zapsána do formuláře** při přijetí pacienta a tento zápis je stvrzen podpisem nemocného. Osobám blízkým (manžel, děti, rodiče – blíže upravuje právní norma ČR), které nejsou uvedeny pacientem v příslušném tiskopise a kterým není pacientem zakázáno informace podávat, oznamuje lékař pouze aktuální stav pacienta, bez prognózy a dalších informací o celkovém stavu.

Informace příbuzným by měla být poskytována **co nejdříve po přijetí** nemocného na lůžkové oddělení kliniky (nejpozději však **do týdne od přijetí**), **pokud nejbližší příbuzní do této doby lékaře nevyhledají, požádá ošetřující lékař sociální pracovníci o sjednání schůzky s příbuznými** hospitalizovaného nemocného. Informace příbuzným o zdravotním stavu by měla být **motivující pro spolupráci rodinných příslušníků při RHB a resocializaci nemocného**. S tím souvisí i poskytování **kontaktu na sociální pracovníci a RHB sestru**. Cílem informací je na jedné straně pravdivě a citlivě sdělit příbuzným skutečný zdravotní stav nemocného a jeho perspektivu, na druhé straně spoluúčast rodiny na léčebném procesu.

Ošetřující lékař informuje aktivním telefonátem nejbližší příbuzné **vždy o náhlém zhoršení** zdravotního stavu, o **překladu** nemocného na jiná pracoviště, o **úmrťi** pacienta. V předstihu pak informuje rodinu osobně nebo prostřednictvím sociální pracovníce o **propuštění** nemocného do domácí péče.

Jakékoliv vyžádané informace o nemocných po telefonu nelze poskytovat!

14. **Propustky nemocných** na krátkodobý pobyt v domácím prostředí **povoluje ošetřující lékař nebo jeho nadřízený**. Propustky jsou poskytovány v rámci léčebného procesu, především k resocializaci

nemocného **ne delší než 24 hodin**. Lékař podepisuje předepsaný **formulář** s povolením propustky, který je součástí chorobopisu. Formulář „Propustka“ vydá nemocnému staniční sestra.

Pacienti, odcházející na propustku, jsou vybaveni veškerými **léky na dobu trvání propustky, převoz zajišťuje rodina** nemocného. Nemocným, kteří **nemají odpovídající rodinné zázemí nebo jinou osobu**, starající se o ně v době pobytu mimo oddělení, **nejsou propustky povolovány**.

15. Ukončení hospitalizace

Nemocný, hospitalizovaný na lůžkovém oddělení LDN může ukončit pobyt formou **propuštění do domácí péče, překladem** do jiného zdravotnického či sociálního zařízení, nebo **úmrťim**.

Délka pobytu na oddělení LDN je dána ukončením potřeby zdravotní péče o nemocného.

Při propuštění vybavuje nemocného pracovnice kanceláře Dlužním úpisem k úhradě regulačních poplatků. V případě úmrtí nemocného je tento úpis součástí pozůstalosti.

Propuštění do domácí péče.

Pacienti jsou propouštěni do domácí péče po zvážení zdravotního stavu a sociálního zázemí nemocného. Pokud pacient má příbuzné, jsou i oni o datu propuštění informováni předem ošetřujícím lékařem nebo sociální sestrou, která ve spolupráci s nimi zajistí pokračování domácí péče včetně RHB. **Návrhy a požadavky na rozsah zdravotnické či sociální domácí péče indikuje a písemně vyhotovuje ošetřující lékař, tyto předává sociální pracovníci k realizaci.**

RHB pomůcky. Pokud zdravotní stav nemocného vyžaduje bezpodmínečně RHB pomůcku ihned po příchodu pacienta do domácího prostředí a pacient by nebyl schopen bez pomůcky základní soběstačnosti, **vyplňuje ošetřující a rehabilitační lékař návrh** na poskytnutí pomůcky pro zdravotní pojišťovnu. Lékařem **potvrzený poukaz na pomůcku** je nemocnému **předán při propuštění**. V ostatních případech si pacient na překlenutí prvních dnů pobytu v domácím prostředí zajistí pomůcku z **půjčovny zdravotnických pomůcek** (telefonní čísla jsou na jednotlivých stanicích) a poukaz na RHB pomůcky vystavuje ambulantní specialista.

Propuštěný pacient je vybaven **propouštěcí zprávou a léky na první 3 dny** pobytu doma, domů je převážen **sanitou**, pokud si rodina sama nezajistí **vlastní dopravu**. Indikaci doprovodu nemocného při přepravě sanitním vozem upravují zvláštní předpisy.

Překlady nemocných na jiná pracoviště.

Plánovaný překlad nemocného na jiné pracoviště je **ošetřujícím lékařem nebo sociální pracovníci** na tomto pracovišti **předem domluven a oznámen rodině** nemocného. Pacient je vybaven **propouštěcí zprávou** lékařskou i sesterskou, do zařízení sociální péče též léky na 3 dny v originálním balení, je-li to potřebné i **fotokopie**mi vybraných vyšetření či předchozích zpráv.

Akutní překlad nemocného je domluven vždy jedním lékařem!, a to v co nejkratším možném termínu.

Překládaný pacient je **vždy převážen sanitním vozem**. **Bezprostředně před převozem je stav pacienta kontrolován ošetřujícím lékařem a ošetřující sestrou.**

Ošetřující lékař určí druh převozu s doprovodem nebo bez a čas převozu dle závažnosti zdravotního stavu nemocného. Tyto skutečnosti uvede **do dekurzu**.

Každý překlad na jiné oddělení je předem konzultován s primářem oddělení.

Propuštění na vlastní žádost

Pacienta vyžadujícího propuštění na vlastní žádost propouští ošetřující lékař po podpisu negativního reverzu. Zvláštní formulář a předpisy FTN s P.

U nemocných s **kognitivní poruchou**, kteří nejsou zbaveni svéprávnosti a je zde pochybnost, že plně rozumí poučení nebo nejsou schopni chápat a nést plnou odpovědnost za své rozhodnutí, je nutný na formuláři „Negativní reverz“ **vždy podpis nemocného a osoby, která bude zabezpečovat péči**. Pokud není možnost zajistit domácí péči osobou blízkou, pacienta lze propustit až dle rozhodnutí soudu (předběžné opatření soudu).

Převoz nemocných si zajišťuje pacient nebo rodina. Zdravotnické zařízení může nabídnout zajištění sanitního vozu za úhradu nemocným.

Každé propuštění na vlastní žádost je předem konzultováno s primářem oddělení.

Úmrtí nemocného

V případě úmrtí probíhá ohledání zemřelého dle platných předpisů a vyhlášky o pohřbnictví ošetřujícím nebo službu majícím lékařem. Příslušný lékař vyplní „**List o prohlídce mrtvého**“ v PC programu NIS MEDEA dle platné metodiky a vytiskne ve 4 kopiích.

Každá kopie je opatřena podpisem ohledávajícího lékaře. Jedna kopie formuláře „List o prohlídce

mrtvého“ zůstává v chorobopise, zbylé kopie se odesílají s tělem zemřelého.

Pitva – pitvu mrtvého **indikuje ošetřující lékař**. Pokud si **pacient za svého života nebo rodina po smrti pacienta pitvu nepřejí**, je nutné vyhotovit **písemný zápis do chorobopisu**. **Ošetřující lékař respektuje přání pacienta nebo rodiny**. **Výjimku tvoří nemocní, kdy je pitva z diagnostického, klinického nebo zákonného hlediska nutná** – upravuje vyhláška o pohřbnictví.

K provedení pitvy ohledávající lékař vyplňuje „**Průvodní list k pitvě**“ v PC programu NIS MEDEA dle platné metodiky a s tělem odesílá jeden výtisk, další výtisk zůstává v chorobopise.

Elektronické propuštění nemocného provádí vždy lékař v programu NIS MEDEA vyplněním příslušných podkolonek v oknech „Pacient-propuštění nebo překlad na – OK“.

16. Uzavírání a odevzdávání chorobopisů

- a. **Chorobopisy propuštěných nemocných**. **Poslední zápis v dekurzu obsahuje poslední vyšetření nemocného před odchodem**, záznam, zda byl nemocný **propuštěn domů nebo přeložen** do jiného zařízení a kam. Dále obsahuje zápis o **předání propouštěcí nebo překladové zprávy**, jakým způsobem je nemocný přepravován – **sanita nebo vlastní odvoz**, a soupis vybavení nemocného **léky nebo rehabilitačními pomůckami či poukazy na pomůcky**. V chorobopise jsou vyplněny všechny kolonky s datem a dg. Propuštění, včetně razítka a podpisu propouštějícího lékaře.
- b. **Chorobopisy zemřelých**. **Poslední záznam v dekurzu zemřelého obsahuje přesný čas úmrtí**, všechny **diagnózy příčin úmrtí** a záznam, **komu z rodiny a jakým způsobem lékař úmrtí oznámil**.
- c. **Propouštěcí zpráva** u propuštěných nebo překládaných nemocných má **jednotnou formu pro všechny stanice oddělení**. Je vyhotovována v PC v programu NIS MEDEA. Po dokončení zprávy je přeposílána k elektronickému podpisu primáři oddělení. Tištěná podoba zprávy je předkládána k podpisu primáři před předáním nemocnému.
- d. **Závěrečná zpráva** je v potřebném počtu kopií předána nemocnému, jedna kopie zůstává součástí chorobopisu. U **zemřelých pacientů** obsahuje **závěrečná zpráva** stručnou epikrízu, ze které vyplývá průběh onemocnění a příčina úmrtí + konečné diagnózy, **do týdne od úmrtí je kanceláří oddělení zasílána praktickému lékaři zemřelého**.
- e. **Chorobopis v tištěné podobě** je uzavřen, jestliže jsou provedeny výše uvedené zápisy, vyhotoveny potřebné zprávy, je vyplněná přední strana chorobopisu.

Uzavřený chorobopis odevzdává lékař do kanceláře. Kancelář předkládá chorobopis primáři oddělení, který překontrolovaný chorobopis označí podpisem a svým razítkem. Chorobopisy propuštěných nemocných jsou uchovávány dle platných vyhlášek.

- f. **Chorobopis v elektronické podobě v NIS MEDEA** uzavírá primář elektronickým podpisem propouštěcí zprávy a kancelář oddělení po provedení konečného vyúčtování pobytu a po zaregistrování regulačních poplatků.

17. Nahlížení do dokumentace

se řídí vyhláškou MZd ČR o vedení dokumentace, právy pacienta na informace a vnitřními předpisy FTNsP. Do dokumentace **smí nahlížet** pouze konziliární lékař, zdravotničtí zaměstnanci oddělení LDN, ostatní zaměstnanci LDN pověřeni zpracováváním zdravotnické dokumentace a revizní lékaři zdravotních pojišťoven (ZP) při provádění kontroly ZP. Do zdravotnické dokumentace nemocného **nesmí nahlížet** soudní znalec, pozvaný nemocným nebo rodinou, opatrovník ustanovený soudem v rámci detenčního řízení, rodina a jiné osoby, včetně extramurálních ošetřujících lékařů, zdravotnických pracovníků a jiných profesí. Osoby, které chtějí nahlížet do dokumentaci si musí podat písemnou žádost. Na základě této **žádosti jim je nahlížení do dokumentace umožněno. Pokud požaduje nahlížení do písemné dokumentace jiná osoba, než určená nemocným nebo jiná osoba než určuje legislativa ČR, je vždy nutný písemný souhlas nemocného.** Technické provedení nahlížení do dokumentace upravuje vnitřní předpis FTNsP. Stejná pravidla platí i pro provádění výpisu z dokumentace nebo vyhotovení fotokopii zdravotní dokumentace pacienta. Tyto služby jsou zpoplatněny.

18. Činnost kanceláře

Jednotlivé kódy hospitalizace, zvláště zúčtovatelný materiál a léky zapisuje ošetřující lékař do speciálního formuláře u jednotlivých nemocných. Tento formulář předává do kanceláře ke zpracování současně s uzavřeným chorobopisem. **Kancelář oddělení provádí a zodpovídá za přenesení těchto údajů do PC a za vyhotovení závěrečného účtu pro zúčtování zdravotní pojišťovně.**

Vyúčtování hospitalizace – pokud pacient není pojištěnec ZP v ČR a nebo nemá uzavřenou

pojistnou smlouvu na zdravotní péči pro ČR, postupuje lékař, kancelář a ostatní personál při vyúčtování péče dle platných předpisů pro FTN ve spolupráci s cizineckým oddělením FTN sP.

Výběr regulačního poplatku - pracovník kanceláře odpovídá za registraci regulačních poplatků během a po

ukončení hospitalizace, a to v pravidelných měsíčních intervalech dle platné metodiky.

Manipulace s cennostmi a penězi. Při příjmu je nemocný poučen o možnosti úschovy finančního obnosu většího jak 200,-Kč, dokladů nebo cenností v trezoru kanceláře oddělení oproti podpisu na formuláři „Seznam věcí“. Při propuštění nebo překladu jsou cennosti uložené v trezoru vydávány nemocnému proti podpisu na formuláři „Seznam věcí“. V případě úmrtí jsou všechny cennosti součástí pozůstalosti. Pacientem podepsaný Seznam věcí je součástí dokumentace.

Při příjmu nemocného úřednice kanceláře vyplňuje a odesílá žádost o změnu dosilky důchodu (pacient podepisuje). Vyplňuje druhou stranu zdravotně sociální karty, tzn. plná moc pro úřednici (pacient podepisuje)

V případě hrazení určitých služeb z důchodu (např. výpis z dokumentace, vyplnění žádosti do DD, apod.) vypisuje pracovnice kanceláře STVRZENKU na jednotlivé platby.

Sponzorské dary – podle platné legislativy v ČR má pacient právo věnovat oddělení LDN sponzorský dar peněžité nebo věcný, který není považován za úhradu péče. Sponzorské dary slouží ke zlepšení prostředí a vybavení oddělení LDN FTNsP.

Výběr sponzorských darů provádí kancelář oddělení LDN proti potvrzení, případně darovací smlouvě, bude-li tato položka pro dárci odečitatelná z daňového základu.

Pracovnice kanceláře vede přesný přehled přijatých částek na konto darů.

19. Výběr náhradního volna, dovolené, zástupy

- Náhradní volno nebo řádnou (mimořádnou, neplacenou) dovolenou si zaměstnanec vybírá po předchozí domluvě se svým nadřízeným (vrchní sestra, primář). Tito volno povolují a plánují dle možností provozu. Počty hodin náhradního volna jsou evidovány (zástupce primáře, vrchní sestra, staniční sestry).
- „Objednávku volna, dovolené“ si nárokují zaměstnanec elektronicky do kalendáře interního portálu v PC.**
- Po dobu krátkodobé i dlouhodobé nepřítomnosti zaměstnance (výběr dovolené, náhradního volna) **potvrzuje vrchní sestra a primář za chybějícího zaměstnance zástup, návrhy připravuje vedoucí lékaři oddělení a staniční sestra jednotlivé stalice.** Po dobu zástupu mohou být zaměstnanci převedeni dočasně na jiné pracoviště a je možné jim rozšířit pracovní náplň bez nároku na finanční náhradu. Pokud



provoz oddělení vyžaduje, může vrchní sestra a primář přeradit jednotlivé zaměstnance trvale na jinou stanici nebo nařídít pravidelnou cirkulaci personálu po jednotlivých stanicích v rámci celého pracoviště.

- d. Při zástupu za dlouhodobě nemocné a při rozšíření pracovního úvazku se postupuje podle platného ZP a kolektivní smlouvy FTNSP.

20. Objednávání zdravotnického materiálu a léků

- b. **Objednávání zdravotnického materiálu** Zdravotnický materiál objednávají 1x týdně staniční sestry do výše určených finančních limitů pro každou stanici. V případě nutnosti překročení limitu žádají o povolení vrchní sestru. Vrchní sestra kontroluje a odpovídá za hospodaření se zdravotnickým materiálem pro celé oddělení.

c. Zásobování stanic léky.

Léky objednává staniční sestra 1x týdně elektronicky dle potřeby stanice a dohodnutých finančních limitů. Potvrzení objednávky spadá do kompetence zdravotnického zástupce primáře, který odpovídá za dodržování lékového limitu pro celé oddělení.

Objednávání léků „statim“ upravuje vnitřní směrnice oddělení.

- d. **Objednávání provozního materiálu, oprav, přístrojů apod.** Provozní materiál a opravy zajišťuje na základě informací od veškerého personálu a po osobní kontrole

vrchní sestra nebo její zástupci. Provedenou opravu též kontrolují a podepisují

21. Obecná ustanovení

Oddělení LDN s řídí protipožárními předpisy a předpisy o bezpečnosti a ochraně práce v rámci předpisů FTNSP a právních norem ČR.

Zaměstnanci LDN se v pravidelných intervalech účastní všech povinných školení pořádaných FTNSP, včetně školení v KPR.

V souhlase s Organizačním řádem FTNSP a dle zákona č. 379/2005 Sb. §8 odst. 1 písm. e) je ve **všech prostorách LDN zákaz kouření pro nemocné i zaměstnance.** Prostorami LDN se myslí i místnosti personálu pro přestávky v práci, šatny personálu, lékařské pokoje a balkony LDN.

zákon č. 379/2005 Sb. §8 odst. 1 písm. e). *Zakazuje se kouřit ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů, s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení nebo jiných zařízeních pro léčbu závislosti, a to v prostorách, které jsou stavebně oddělené a při pobytu osob s možností větrání do prostor mimo budovu.*
§9 odst.2) Nedodržuje-li osoba zákaz kouření v místech uvedených v §8 odst. 1 a 2, a to ani po výzvě provozovatele, aby v tomto jednání nepokračovala nebo aby prostor opustila, je provozovatel oprávněn požádat obecní policii, nebo Policii České republiky o zákrok směřující k dodržení zákazu.

Doleželová Ivana, MUDr.
Primářka oddělení LDN I a LDN II

Brezíková Eva, Mgr.
Vrchní sestra oddělení LDN I a LDN II