

REGULAMIN

Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii

Z-ca Dyrektora
Zatwierdzam...
31.12.2012r.
lek. med. Rajmund Rajewski

Regulamin działania oddziału intensywnej terapii

CEL I ZADANIA ODDZIAŁU

Oddział Intensywnej Terapii jest organizacją utworzoną w celu leczenia pacjentów, u których stwierdzany lub przewidywany nakład pracy niezbędny do osiągnięcia powodzenia w leczeniu jest niemożliwy do osiągnięcia w warunkach zwykłego oddziału szpitala.

W oddziale leczeni są pacjenci wymagający, niezależnie od rozpoznania, wyłącznie lub w przeważającej mierze technik anestetycznych.

KRYTERIA PRZYJĘCIA

1. **Warunkiem przyjęcia do oddziału i wdrożenia leczenia jest, poza wskazaniami wynikającymi z celu oit, również znany cel leczenia, czyli określony, możliwy do osiągnięcia stan, pozwalający na wypisanie pacjenta z oddziału intensywnej terapii.**
2. **Wskazania uzasadniające przyjęcie mają różny priorytet:**
 - 2.1. chorzy wymagający zastosowania niedostępnych w pozostałych oddziałach szpitalnych metod inwazyjnego monitorowania i intensywnej terapii, w celu odwrócenia bezpośredniego zagrożenia życia;
 - 2.2. chorzy, którzy wymagają intensywnego monitorowania i u których w każdej chwili może wystąpić bezpośrednie zagrożenie życia i konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia;
 - 2.3. wskazania odpowiadające priorytetowi 1. lub 2. u chorych, których uprzednio określony stan zdrowia lub zaawansowanie aktualnego procesu chorobowego znacznie ograniczają szanse na wypisanie ze szpitala lub przynajmniej z oddziału intensywnej terapii;
 - 2.4. chorzy, których stan zdrowia nie wymaga stosowania intensywnej terapii, ale którzy mogą skorzystać z pojedynczej techniki leczenia typowej do oit oraz potencjalni dawcy narządów.
3. **Przeciwwskazanie do przyjęcia do oit stanowi:**
 - 3.1. sytuacja, w której szybka poprawa stanu pacjenta jest możliwa do osiągnięcia leczeniem typowym dla innego oddziału;
 - 3.2. stan zdrowia, który nie może się poprawić pomimo stosowania intensywnej terapii;
 - 3.3. samodzielnie podjęta świadoma decyzja pacjenta o niezgodzie na leczenie w oit.

POSTĘPOWANIE Z PACJENTAMI

4. Przyjęcie pacjenta:

- 4.1. Podstawą do przyjęcia pacjenta do leczenia w oit jest fakt, że jego stan odpowiada zdefiniowanym kryteriom przyjęcia; określenie wskazań do przyjęcia musi odpowiadać definicji zadań oddziału intensywnej terapii.
- 4.2. Decyzję o przyjęciu pacjenta do leczenia w oddziale podejmuje lekarz prowadzący oit lub lekarz dyżurny oit, na podstawie badania pacjenta lub opisu jego stanu dokonanego przez lekarza, który kieruje pacjentem; w przypadku wątpliwości, czy istnieją wskazania do przyjęcia, decyzję podejmuje lekarz kierujący oit.
- 4.3. Podstawą przyjęcia pacjenta znajdującego się na terenie szpitala w Gryficach jest wyłącznie jego stan zdrowia – skierowanie z innego oddziału, innego szpitala lub pogotowia ratunkowego oraz dokumenty stanowiące dowód ubezpieczenia zdrowotnego mają znaczenie jedynie dla celów rozliczeń należności za leczenie.
- 4.4. W przypadku pacjentów znajdujących się w innych szpitalach dla przyjęcia do oit poza wskazaniami medycznymi niezbędna jest udokumentowana zdolność pacjenta do pokrycia kosztów leczenia.
- 4.5. Pacjent skierowany do oit z innego szpitala lub pogotowia ratunkowego, u którego lekarz oit nie stwierdza wskazań lub stwierdza przeciwwskazanie do przyjęcia do oit, zostaje skierowany do innego oddziału szpitala.
- 4.6. Granice punktów TISS wskazane w umowie z NFZ mogą mieć jedynie znaczenie pomocnicze przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu do oit lub skierowaniu do innego oddziału

5. Zgoda na hospitalizację

- 5.1. W przypadku pacjentów przytomnych, w wieku powyżej 16 lat, przyjmowanych do oit z innych źródeł niż pozostałe oddziały szpitala w Gryficach niezbędne jest pisemne potwierdzenie przez pacjenta zgody na hospitalizację.
- 5.2. W przypadku wszystkich pacjentów poniżej 18 roku życia, przyjmowanych do oit z innych źródeł niż pozostałe oddziały szpitala w Gryficach niezbędne jest pisemne potwierdzenie zgody na hospitalizację przez opiekuna prawnego pacjenta.
- 5.3. W przypadku pacjentów nieprzytomnych, w wieku powyżej 16 lat, przyjmowanych do oit z innych źródeł niż pozostałe oddziały szpitala w Gryficach lekarz przyjmujący pacjenta do oit musi odnotować *explicite* niemożność wyrażenia zgody na hospitalizację z powodu nieprzytomności (GCS \leq 14 pkt.)
- 5.4. Dopilnowanie pisemnego potwierdzenia zgody na hospitalizację należy do zadań lekarza przyjmującego pacjenta do oit, ale upewnić się o prawidłowym odnotowaniu tej zgody musi również lekarz prowadzący pacjenta oraz pielęgniarka koordynująca proces pielęgnowania.
- 5.5. Po stwierdzeniu braku prawidłowego pisemnego potwierdzenia zgody na hospitalizację lekarz prowadzący powinien odnotować to spostrzeżenie w historii choroby wraz z opisaniem okoliczności powstania braku oraz niezwłocznie, o ile możliwe, uzupełnić zapis o zgodzie na hospitalizację z podaniem aktualnej daty i godziny.

6. Leczenie

- 6.1. Leczenie pacjenta prowadzi jeden z lekarzy aktualnie prowadzących oit, z zachowaniem zasady ciągłości leczenia przez tego samego lekarza w granicach wynikających z rozkładu czasu pracy w oit. Ten lekarz odpowiada za całość koncepcji terapeutycznej i staranność jej zrealizowania.

- 6.2. Jeżeli lekarz prowadzący oit nie ma ukończonej specjalizacji w anestezjologii i intensywnej terapii, proponowane przez niego koncepcje terapeutyczne akceptuje lekarz kierujący oit.
- 6.3. W diagnozowaniu obrazowym pacjentów oit wykorzystuje się, ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, ale i nakład czasu, przede wszystkim metody pozwalające na uniknięcie przemieszczania pacjenta poza oit.
- 6.4. W przypadku badań laboratoryjnych wykonywanych kilkakrotnie w ciągu doby dobrze jest wykorzystywać analizy typu *point-of-care*.
- 6.5. Jeśli to możliwe ze względu na ograniczenia organizacyjne innych oddziałów, należy wybierać osobę konsultanta dającą największą szansę na wartościową odpowiedź na zadane pytanie.

7. Leczenie zabiegowe

- 7.1. Określenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia operacyjnego wykonywanego przez lekarzy spoza oit ustalają łącznie lekarz prowadzący i potencjalny operator; porę wykonania zabiegu i sposób przygotowania pacjenta określa lekarz prowadzący, który odpowiada za integrację tych zabiegów z procesem leczenia w oit.
- 7.2. W przypadku pacjentów przytomnych, sedowanych, u których planuje się wykonanie zabiegu operacyjnego, należy, o ile stan pacjenta na to pozwala, dążyć do wyrażenia świadomej zgody na zabieg w okresie, gdy ocena pacjenta nie może być zaburzona wpływem środków sedujących; jeżeli uzyskanie takiej przerwy w działaniu środków sedujących jest niemożliwe lub wątpliwe, należy przyjąć, że pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody.
- 7.3. Rutynowo stosowanych zabiegów wykonania dostępu do naczyń, dróg oddechowych, jam ciała, drenaży itp. nie uważa się w kontekście w intensywnej terapii za zabiegi związane ze zwiększonym ryzykiem, zatem nie potrzeba rozważać uzyskania zgody sedowanego pacjenta na ich wykonanie.
- 7.4. Pora wykonania zabiegów diagnostycznych i leczniczych, poza przypadkami wymagającymi niezwłocznego postępowania, winna być dopasowana do planu postępowania pielęgnacyjnego.

8. Pielęgnacja

- 8.1. Pielęgnację pacjenta prowadzi zmianowa pielęgniarka oit, samodzielnie określając jej koncepcję na podstawie ustalonych standardów; do jej obowiązków poza pielęgnowaniem chorego należy również ciągła, dokładna, bezpośrednia i pośrednia obserwacja jego stanu, kontrola sprawnego funkcjonowania urządzeń oraz podejmowanie niezależnych, zależnych lub współzależnych interwencji pielęgnacyjnych.
- 8.2. Opieka pielęgnarska w oit ma charakter procesu ciągłego z uwzględnieniem określania problemów pielęgnacyjnych, planu opieki, metod i sposobów jej realizowania oraz oceny wyników; osobą odpowiedzialną za utrzymanie ciągłości tego procesu jest pielęgniarka koordynująca proces pielęgnowania.
- 8.3. Pielęgniarka oit w okresie szkolenia korzysta z opieki i konsultacji starszej pielęgniarki oit lub wskazanej przez nią samodzielnej pielęgniarki zmianowej oit.
- 8.4. Opieka pielęgnarska w oit ma podstawowe znaczenie i wszystkie osoby współpracujące w oit muszą znać i respektować jej zasady, w tym zasadę pierwszeństwa pielęgnacji przed zleceniami lekarskimi.
- 8.5. Do głównych celów opieki pielęgnarskiej w oit należy zapewnienie, w zakresie możliwie najpełniejszym odpowiednio do stanu pacjenta, normalnego rytmu dobowego, orientacji w czasie i zachodzących wokół wydarzeniach, kontaktu z rodziną.

- 8.6. Ustalenie zakresu ograniczeń w korzystaniu przez pacjenta ze swobody poruszania, rzeczy osobistych i odzieży oraz kontaktu z odwiedzającymi odpowiednio do zadań leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych należy do zadań pielęgniarki opiekującej się pacjentem.
- 8.7. Ustalenie zasad kontaktu rodziny z pacjentem oit, współpracy przy jego pielęgnacji i rehabilitacji oraz zasad uzyskiwania informacji o jego samopoczuciu i planie opieki należy do zadań pielęgniarki koordynującej proces pielęgnowania.

9. Interakcje z pacjentami i ich rodzinami

9.1. Udział pacjenta w leczeniu

- 9.1.1. Pierwotne ograniczenie świadomości lub konieczność głębokiej analgosedacji powodują, że od większości pacjentów oit nie oczekuje się czynnego udziału w hospitalizacji.
- 9.1.2. Zatem upoważnienie do otrzymywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i upoważnienie do wglądu do dokumentacji medycznej wynikać może jedynie z udokumentowanego przy przyjęciu do poprzedniego oddziału oświadczenia wówczas jeszcze przytomnego pacjenta.
- 9.1.3. Gdy brak takiego oświadczenia, to zgodnie z literą i duchem obowiązującego prawa stanowionego żadna osoba spośród bliskich nie może powoływać się na domyślnie przysługujące upoważnienie.

9.2. Odwiedziny pacjentów

- 9.2.1. Poza nieczęstymi sytuacjami, gdy przytomny pacjent określi termin i sposób odwiedzin, oczekuje się, że osoby bliskie pacjenta same to ustalą. Pomocą w tym zakresie, szczególnie rada, jak ominąć pory zabiegów lekarskich i pielęgniarских, służą pielęgniarka opiekująca się chorym i pielęgniarka koordynująca proces pielęgnowania.
- 9.2.2. Gdy obecność osób odwiedzających jest uciążliwa lub szkodliwa dla odwiedzanego pacjenta lub dla pozostałych pacjentów oit, pielęgniarka może ograniczyć lub wyłączyć możliwość odwiedzin, podając uzasadnienie tej decyzji.

9.3. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna

- 9.3.1. Określenie kompetencji osób podejmujących się dodatkowej opieki pielęgnacyjnej i zasad jej wykonywania należy do pielęgniarki koordynującej proces pielęgnowania.
- 9.3.2. Obecny kształt przestrzenny oddziału nie zapewnia osobom wykonującym dodatkową opiekę pielęgnacyjną warunków pobytu, zatem uciążliwości z tego wynikające powinny być przyjmowane ze zrozumieniem.

9.4. Informacje o stanie zdrowia i o samopoczuciu pacjentów

- 9.4.1. Preferowaną porą zasięgania informacji o stanie zdrowia stabilnych pacjentów jest wczesne popołudnie (12^h–13^h).
- 9.4.2. O stanie zdrowia pacjenta lekarz prowadzący informuje osobę wskazaną przez pacjenta, którą prosimy o ewentulane, odpowiednio do woli pacjenta, przekazanie uzyskanych wiadomości pozostałym bliskim.
- 9.4.3. O samopoczuciu pacjenta pielęgniarka opiekująca się chorym informuje osobę wskazaną przez pacjenta, którą prosimy o ewentulane, odpowiednio do woli pacjenta, przekazanie uzyskanych wiadomości pozostałym bliskim.
- 9.4.4. Gdy nie można zgodnie z prawem ustalić osoby upoważnionej do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i samopoczuciu pacjenta, należy podejmując decyzję o udzieleniu lub odmowie informacji działać w najlepiej pojętym interesie pacjenta, kierując się zasadami etyki lekarskiej i pielęgniarской.

- 9.4.5. Dla zapewnienia spójności postępowania, o podjętych decyzjach o udzieleniu informacji powiadamia się wszystkich członków zespołu opiekującego się pacjentem.
- 9.5. Udostępnianie dokumentacji medycznej
 - 9.5.1. Indywidualną dokumentację medyczną udostępnia pacjentowi lub osobie przezeń wskazanej lub uprawnionym organom, do wglądu lub wykonując kopię, sekretarka oit.
 - 9.5.2. Dokumentację udostępnia się w możliwie bliskim terminie, w zakresie, w jakim jest dostępna sekretarce oit.

10. Wypis z oddziału

- 10.1. Wskazaniem do wypisu jest sytuacja, w której osiągnięto cel leczenia w oit i stan pacjenta pozwala na kontynuację leczenia w warunkach innego oddziału lub w warunkach domowych.
- 10.2. Decyzję o wypisie podejmuje lekarz prowadzący oit.
- 10.3. Kierunek i termin przekazania wypisanego pacjenta do innego oddziału lekarz prowadzący uzgadnia z lekarzem tego oddziału; wspólnie określają zakres, w jakim powinno być kontynuowane dotychczasowe leczenie.
- 10.4. Wypisy pacjentów z oit powinny zostać przygotowane i uzgodnione w godzinach planowej pracy oddziału.
- 10.5. Wypisy w innych porach mogą być celowe w przypadku oczekiwania na gotowość innego oddziału do przyjęcia pacjenta z oit lub w przypadku konieczności zwolnienia łóżka w oit dla nagłego przyjęcia.

11. Ograniczanie liczby zakażeń szpitalnych

- 11.1. Zasada izolacji boksu:
 - 11.1.1. obniżona choroba odporność pacjenta i naruszenie naturalnych barier ochronnych organizmu wymagają kompensacji odizolowaniem pacjenta i jego drobnoustrojów w przestrzeni jednego boksu.
 - 11.1.2. podział funkcjonalny boksu na strefy czyste, brudne i krzyżowych zanieczyszczeń zwiększa skuteczność stosowanych dodatkowych barier.
 - 11.1.3. najskuteczniejszą a zatem najważniejszą z barier jest mycie rąk, przy przejściu ze strefy brudnej do czystej i przy opuszczaniu boksu.
 - 11.1.4. wnoszenie do boksu jedynie niezwłocznie niezbędnych sprzętu i materiałów pozwala uniknąć dezynfekcji lub straty wszystkiego, co pozostało po opuszczeniu przez pacjenta boksu.
- 11.2. Reżim sanitarny – czyli przepis na prosty i powtarzalny sposób postępowania z narażeniem na zakażenie; odpowiednio do stanu pacjenta stosujemy:
 - 11.2.1. u większości pacjentów oit: reżim normalny – chroniący przed szerzeniem się własnych drobnoustrojów pacjenta;
 - 11.2.2. u pacjentów, u których stwierdzono wyjątkowo zjadliwe drobnoustrojów lub drobnoustrojów o wyselekcjonowanej oporności na większość antybiotyków jak też u pacjentów wytwarzających znaczne ilości materiału zakaźnego: reżim septyczny – pozwalający znacząco zmniejszyć rozprzestrzenianie czynnika zakaźnego wokół pacjenta i zamknąć ten czynnik w obrębie boksu;
 - 11.2.3. u pacjentów o ponadprzeciętnie obniżonej odporności lub ze zniszczeniem dużej części naturalnych barier organizmu: reżim obniżonej odporności – dający zwiększenie skuteczności działania zastępczych barier zapobiegających zakażeniu.

11.3. Stosowane reżimy sanitarne przedstawia poniższa tabela.

	Normalny	Septyczny	Obniżonej odporności
Mycie rąk	przed każdym przejściem ze strefy brudniejszej do czystszej, przed wyjściem z boksu	przed każdym przejściem ze strefy brudniejszej do czystszej	przed każdym przejściem ze strefy brudniejszej do czystszej
Mycie i dezynfekcja rąk	po kontakcie z płynami pacjenta	po każdym kontakcie z pacjentem, przed wyjściem z boksu	przed każdym kontaktem z chorym, po kontakcie z płynami pacjenta
Odzież ochronna	do kontaktu z płynami pacjenta, do toalety pacjenta	do każdego kontaktu z chorym	odzież robocza sali operacyjnej zmieniana co 4 h lub ochronna do każdego kontaktu
Odzież i mycie chirurgiczne	do zabiegów z dużym naruszeniem ciągłości tkanek	do zabiegów z dużym naruszeniem ciągłości tkanek	do każdego zabiegu z naruszeniem ciągłości tkanek
Utrzymanie rozłączalnych dojsć do naczyń i dróg oddechowych	dezynfekcja miejsca otwarcia co 12 h	oddalenie miejsca otwarcia od chorego, dezynfekcja przed każdym otwarciem	dezynfekcja przed każdym otwarciem
Dezynfekcja kranów i klamek	co 4 h	co 2 h	co 4 h
Mycie podłóg i zlewów	co 12 h	co 6 h	co 12 h
Dezynfekcja podłóg i zlewów	po rozlaniu płynów pacjenta	co 12 h lub po rozlaniu płynów pacjenta	co 12 h lub po rozlaniu płynów pacjenta
Mycie i dezynfekcja paneli kontrolnych: respiratorów, pomp, monitorów itp.	co 24 h	co 12 h, obłożenie ochronne przy wyjeździe lub dezynfekcja każdego sprzętu opuszczającego boks	co 24 h
Dezynfekcja powierzchni roboczych	przed przygotowaniem leków, wlewów itp.	co 6 h, przed przygotowaniem leków, wlewów itp.	przed przygotowaniem leków, wlewów itp.

11.4. Do zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych u wszystkich pacjentów oit należy ubierać odzież ochronną sali operacyjnej.

11.5. Przyjętych sposobów postępowania muszą przestrzegać nie tylko współpracownicy oit, ale wszystkie osoby pracujące w szpitalu i wchodzące do boksów pacjentów.

- 11.6. Nadzór nad przestrzeganiem zasad postępowania ograniczającymi liczbę zakażeń szpitalnych jest jednym z podstawowych zadań oddziałowej oit; nadzoruje ona i ocenia utrzymanie czystości w oddziale wykonywane przez firmę Impel.
- 11.7. Efekt stosowanych sposobów postępowania ocenia się corocznie, przy wykorzystaniu „Analizy statystyczno-epidemiologicznej szczepów drobnoustrojów wyhodowanych od pacjentów oddziału Intensywnej Terapii” przygotowanej w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej SPZZOZ w Gryficach.

KOORDYNACJA DZIAŁANIA ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII

12. Zadania współpracowników

12.1. Funkcje współpracowników oddziału w zakresie leczenia:

- 12.1.1. lekarz prowadzący oit – jeden z dwu lekarzy prowadzących przyjęcia, leczenie i wypisy pacjentów oit oraz konsultacje i interwencje w szpitalu w okresie wynikającym z przyjętego planu pracy oit,
- 12.1.2. lekarz dyżurny oit – lekarz, który zgodnie z przyjętym planem pracy oddziału w okresie nieobecności lekarzy prowadzących wykonuje nagłe interwencje i korekty leczenia zaplanowanego przez lekarza prowadzącego oit, nagłe przyjęcia do oit i nagłe przeniesienia z oit oraz konsultacje i interwencje w szpitalu,
- 12.1.3. lekarz gotowościowy oit – lekarz wykonujący zadania lekarza dyżurnego w przypadkach, gdy obciążenie zadaniami w danym okresie dyżuru uniemożliwia ich bezpieczne wykonanie przez jednego lekarza,
- 12.1.4. lekarz kierujący oit – konsultuje i recenzuje koncepcje terapeutyczne lekarzy prowadzących oit, akceptuje koncepcje terapeutyczne lekarzy nie mających ukończonej specjalizacji, prowadzi szkolenie lekarzy w trakcie stażu podyplomowego i specjalizacji, przygotowuje lub akceptuje wprowadzane nowe metody postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w oit, analizuje procesy diagnostyczno-lecznicze pod względem racjonalizacji kosztów,
- 12.1.5. chirurg oit – planuje i prowadzi leczenie operacyjne pacjentów oit, u których poza technikami anesteziologicznymi wymagane jest leczenie operacyjne zintegrowane z leczeniem zachowawczym, współtworząc koncepcję terapeutyczną; projektuje i nadzoruje standardy procedur operacyjnych wykonywanych przez lekarzy oit [obecnie nie wykonywana],
- 12.1.6. internista oit – prowadzi diagnostykę schorzeń wewnętrznych i proponuje leczenie schorzeń niewystępujących typowo wśród pacjentów oit, szczególnie problemów kardiologicznych, endokrynologicznych i przemiany materii; ustala standardy postępowania diagnostycznego pozwalające na wczesne rozpoznanie takich problemów u pacjentów z niestabilną homeostazą [obecnie nie wykonywana],
- 12.1.7. farmaceuta oit – konsultuje farmakoterapię planowaną przez lekarzy oit, ustala standardy stosowania leków z uwzględnieniem ograniczeń w ich stosowaniu w oit, farmakokinetyki w stanach niestabilnych, interakcji oraz ryzyka działań niepożądanych [obecnie nie wykonywana].

12.2. Funkcje współpracowników oddziału w zakresie pielęgniarstwa:

- 12.2.1. pielęgniarka oit – w czasie jednej dwunastogodzinnej zmiany opiekuje się jednym powierzonym jej pacjentem prowadząc proces pielęgnowania, monitorując stan pacjenta i wykonując zlecenia lecznicze; w przypadkach przyjęć do oddziału lub zabiegów wymagających uczestnictwa więcej niż jednej osoby wspomaga inne

pielęgniarki oit; wyjątkowo może mieć powierzonych dwu pacjentów, u których nakład pracy nie przekracza 28 pkt. TISS,

- 12.2.2. starsza pielęgniarka oit – w czasie jednej dwunastogodzinnej zmiany poza opieką nad swoim pacjentem koordynuje pracę całego zespołu zmiany pielęgniarek oit oraz prowadzi szkolenie pielęgniarek rozpoczynających pracę w oit, w okresie nieobecności pielęgniarki koordynującej proces pielęgnowania wykonuje jej zadania,
 - 12.2.3. pielęgniarka koordynująca proces pielęgnowania – opiekuje się pacjentami oit w perspektywie przekraczającej okres jednej zmiany pielęgniarskiej zapewniając ciągłość koncepcji pielęgniarskiej pacjentów oit, koordynuje plan opieki pielęgniarskiej z planem postępowania terapeutycznego, szkoli pielęgniarki rozpoczynające pracę w oit oraz organizuje wprowadzenie nowych metod postępowania pielęgniarskiego w oit; jest osobą kierującą życiem oddziału jako jego gospodyni.
- 12.3. Funkcje współpracowników w zakresie przetwarzania informacji:
- 12.3.1. sekretarka oit – prowadzi dokumentację leczenia pacjentów oit, udostępnia ją uprawnionym osobom,
 - 12.3.2. informatyk oit – projektuje i konserwuje sieć informatyczną oit, projektuje i wykonuje aplikacje wspomagające wykonanie zadań oddziału [obecnie wykonywana przez lekarzy oit],
 - 12.3.3. diagnostyk oit – wykonuje diagnostykę przy użyciu urządzeń pomiarowych stosowanych w oddziale, dba o ich kalibrację i wiarygodność pomiarów [obecnie wykonywana przez lekarzy i pielęgniarki oit].
- 12.4. Funkcje współpracowników w zakresie zarządzania oddziałem:
- 12.4.1. sekretarka oit – prowadzi dokumentację zarządczą oit, dokumentację kontaktów z otoczeniem oddziału, koordynuje przepływ informacji pomiędzy oddziałem a jego otoczeniem,
 - 12.4.2. księgowa oit – prowadzi zestawienia danych do rozliczania płatności za leczenie, księgowość indywidualnych kosztów leczenia pacjentów,
 - 12.4.3. oddziałowa oit – organizuje i ocenia pracę pielęgniarek oit zatrudnionych w formie umowy o pracę; dba o zaopatrzenie oddziału, ewidencję, naprawy i konserwację sprzętu, czystość i higienę w oddziale,
 - 12.4.4. lekarz kierujący oit – tworzy wizję działania oddziału, dba o zapewnienie personalnych i materialnych warunków funkcjonowania oddziału oraz o zachowanie równowagi pomiędzy różnymi obszarami działania i funkcjami współpracowników oit, reprezentuje oddział wobec jego otoczenia.

PLAN PRACY ODDZIAŁU

13. Plan pracy oit w zakresie leczenia

13.1. składa się z następujących zadań:

- 13.1.1. prowadzenie pacjentów oit: 2 lekarzy w dni powszednie od godziny 8. do 14.,
- 13.1.2. dyżur w dni powszednie: 1 lekarz od godziny 14. do 8.,
- 13.1.3. gotowość w dni powszednie: 1 lekarz od godziny 14. do 8.,
- 13.1.4. dyżur w dni świąteczne: 1 lekarz od godziny 9. do 9.,
- 13.1.5. gotowość w dni świąteczne: 1 lekarz od godziny 9. do 9.

13.2. Plan powstaje przez syntezę zgłoszeń lekarzy do wykonania poszczególnych zadań.

14. Plan pracy w zakresie pielęgniarstwa

14.1. składa się z następujących zadań:

14.1.1. opieka nad pacjentami: 1 pielęgniarka dla 1 pacjenta w ciągu dwunastogodzinnej zmiany od godziny 7. do 19. lub od godziny 19. do 7., ale: nie mniej niż 2 pielęgniarki na 1 zmianie a 1 pielęgniarka na dwu pacjentów, jeśli każdy z nich wymaga nie więcej niż 28 pkt. TISS,

14.1.2. koordynacja procesu pielęgnowania: codziennie w dni powszednie od godziny 7. do 15.

14.2. Plan pracy powstaje przez syntezę zgłoszeń pielęgniarek – wykonujących swe usługi na podstawie umowy cywilnej – do wykonania poszczególnych zadań oraz z ustalenia przez oddziałową planu pracy pielęgniarek zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

15. Plan pracy w zakresie zarządzania:

15.1. Osoby wykonujące funkcje w zakresie zarządzania same określają czas i porę ich wykonania tak, by nie kolidowały z innymi zadaniami tych osób oraz by rezultaty powstały w terminie odpowiednim do potrzeb oddziału.

15.2. W okresach nieobecności lekarz kierującego jego funkcję pełni wyznaczony na stałe zastępca lub w wyjątkowych wypadkach nieobecności obu tych osób pierwszy lekarz prowadzący oit.

15.3. Funkcję oddziałowej pełni w okresach jej nieobecności na stałe wyznaczona zastępczyni a w wypadku nieobecności obu tych osób pielęgniarka koordynująca proces pielęgnowania.

15.4. Funkcję pielęgniarki koordynującej proces pielęgnowania w okresach jej nieobecności pełni oddziałowa lub jej zastępczyni.

15.5. W wyjątkowych wypadkach nieobecności oddziałowej, zastępczyni i pielęgniarki koordynującej proces pielęgnowania zastępstwo pełni starsza pielęgniarka oit.

15.6. Wyjątkowo, funkcje nieobecnych sekretarek przejmuje oddziałowa.

15.7. Ze względu na konieczność synchronizacji kontaktów z otoczeniem oddziału w dni powszednie minimalnie dostępne w godzinach od 8 do 14 są następujące osoby pełniące funkcje w zakresie zarządzania:

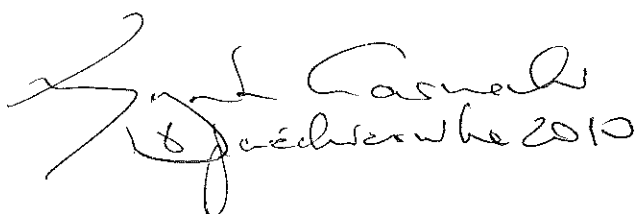
15.7.1. jedna sekretarka oit,

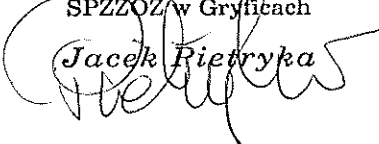
15.7.2. jedna z następujących pielęgniarek: oddziałowa, jej zastępczyni, pielęgniarka koordynująca proces pielęgnowania,

15.7.3. lekarz kierujący lub jego zastępca.

16. Plan pracy w zakresie przetwarzania informacji:

16.1. Ponieważ te funkcje nie są obecnie wykonywane jako pierwszoplanowe zadanie przez żadnego ze współpracowników oddziału, czas i termin ich wykonania zależy od wywiązania się z podstawowych zadań.


Jacek Piętrzyka
16 stycznia 2010

DYREKTOR
SPZZOZ w Gryficach

Jacek Piętrzyka