

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP</b>		NR – PP3 - 2012	
	<b>POBYTU PACJENTÓW W STANACH TERMINALNYCH</b>			Strona 1/3
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA 1.09.2018	WYDANIE 3

## **1. CEL**

Celem procedury jest przedstawienie zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych w szpitalu.

## **2. PRZEDMIOT**

Przedmiotem procedury jest określenie zasad opieki nad pacjentami w stanach terminalnych w szpitalu wraz z uwzględnieniem zapewnienia zgodnych z możliwościami szpitala warunków lokalowych, ze szczególnym uwzględnieniem prywatności oraz jak najszerszą możliwością kontaktu i wsparcia psychicznego.

## **3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA**

Procedura obowiązuje we wszystkich oddziałach leczenia stacjonarnego gdzie zostaje przyjęty pacjent w stanie terminalnym. Pracownicy poszczególnych oddziałów odpowiadają za przestrzeganie w pracy niniejszej procedury.

## **4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY**

Przyjęta z opracowaniu terminologia i skróty, zgodna jest z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie Zarządzania oraz terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania, Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie ‘ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH’ z roku 2009.

**ZSZ** – Zintegrowany System Zarządzania

**KO** – Komórka organizacyjna Szpitala.

**KKO** - Kierownik Komórki Organizacyjnej

**Stan terminalny** – aktywny, postępujący proces chorobowy, który nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu i nieuchronnie prowadzi do śmierci.

**Opieka terminalna** – opieka nad chorym w okresie bezpośredniego, bliskiego zagrożenia śmiercią, która prawdopodobnie nastąpi w ciągu kilku godzin lub co najwyżej kilku dni.

## **5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

**5.1. Dyrektor** odpowiada za:

- zatwierdzenie procedury i ogólny nadzór nad nią.

**5.2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych** odpowiada za:

- sprawdzenie procedury

**5.3. PJZ** odpowiada za:

- nadzór nad opracowywaniem dokumentacji ZSZ, zgodnie z procedurą pod względem budowy, formy graficznej
- wprowadzanie zmian do dokumentów ZSZ,

**5.4. Koordynator leader** odpowiada za merytoryczne przygotowanie i opracowanie procedury.

**5.5. KKO** odpowiadają za wdrożenie przestrzeganie i stosowanie przez pracowników niniejszej procedury.

## **6. OPIS PROCESU**

Duża część pacjentów będących w stanie terminalnym jest kierowana do leczenia hospicyjnego lub objęta jest domową opieką hospicyjną. W szpitalu opieka nad pacjentem terminalnym sprowadza się do zapewnienia następującego postępowania:

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP</b>		<b>NR – PP3 - 2012</b>
	<b>POBYTU PACJENTÓW W STANACH TERMINALNYCH</b>		
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 1.09.2018</b>	<b>Strona 2/3</b> <b>WYDANIE 3</b>

1. Personel medyczny sprawujący opiekę nad pacjentem w stanie terminalnym kieruje się przepisami prawa (Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, Kodeks Etyki Lekarskiej, Karta Praw Pacjenta, Kodeks Karny) jak i swoim sumieniem;
2. Pacjent ma prawo do prawdy o kończącym się życiu.
3. Pacjent ma prawo do poszanowania, jakości kończącego się życia i umierania bez zbędnego bólu. Łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności człowieka.
4. Świadczenia zdrowotne zapewniają łagodzenie bólu i innych cierpień chorego.
5. Umierający pacjent ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.
6. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznanych przez jego wartości
7. Stosowanie zgodnych z możliwościami szpitala warunków lokalowych, ze szczególnym uwzględnieniem prywatności – w przypadku takiej możliwości pacjent zostaje ulokowany w izolatce bądź w przypadku małej ilości pacjentów przebywa sam na sali kilkuosobowej w celu stworzenia mu atmosfery spokoju i prywatności.
8. Pacjentowi unieruchomionemu w łóżku obłożnie choremu, przebywającemu na wieloosobowej sali, szpital gwarantuje, że badania i zabiegi zostają przeprowadzone z poszanowaniem intymności i godności, przy wykorzystaniu odpowiednich parawanów lub innych osłon.
9. Pacjentowi w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego może towarzyszyć wskazana przez niego bliska osoba. Osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego nie może sprzeciwiać się jej obecności. Okolicznościami uzasadniającymi odmowę pacjentowi prawa do obecności osób bliskich może być istnienie prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta.
10. Umożliwienia kontaktu – istnieje możliwość przebywania rodziny 24 godziny na dobę z w/w pacjentem na sali oddziału po uprzedniej rozmowie z ordynatorem danego oddziału. Istnieje możliwość dodatkowej opieki osób bliskich oraz do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz.
11. Wsparcia psychologicznego ze strony personelu medycznego.
12. Zapewnienia opieki duszpasterskiej zgodnie z wyznawaną przez siebie religią oraz kontakt z duchowym jego wyznania.
13. Dyskryminacja ze względu na rodzaj wyznawanej religii lub światopoglądu jest zakazana.
14. Poszanowania godności i postrzegania jej z punktu widzenia pacjentów.

## **7. DOKUMENTY ZWIĄZANE**

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

1. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJWOZ Kraków
2. Przewodnik, Procedury ZSZ
3. Załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjno Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu Prawa i Obowiązki Pacjentów (aktualnie obowiązujący).

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP</b>		NR – PP3 - 2012
	<b>POBYTU PACJENTÓW W STANACH TERMINALNYCH</b>		
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>1.09.2018</b>

4. Załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjno Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. Regulamin Odwiedzin (aktualnie obowiązujący).
5. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej z dnia 9.12.2003 – aktualnie obowiązujący
6. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. - aktualnie obowiązujący.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późniejszymi zmianami
8. Kodeks Karny Ustawa z dnia 6 czerwca, 1997 r. Kodeks Karny Stan prawny: 31.10.2011

#### 8. ZAŁĄCZNIKI

Brak.

#### 9.. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.

1. CEL.....	1
2. PRZEDMIOT.....	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA.....	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY.....	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ.....	1
6. OPIS STANDARDU.....	1
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	2
8. ZAŁĄCZNIKI.....	3
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	3-

#### Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			
1	Całość	Całość	Aktualizacja Procedury PP3 wydanie 2	1-03-2014	B. Wysoczańska
2	Całość	Całość	Aktualizacja Procedury PP3 wydanie 3	9.04.2018	–Skroban K.Polak

#### Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko	Data	Podpis
<b>Opracował</b>	Katarzyna Polak Teresa Marcol	9.04.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
<b>Sprawdził</b>	NP Aniela Mainka	9.04.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
<b>Sprawdził</b>	NR Szymon Stuchly	9.04.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
<b>Sprawdził</b>	PZJ Grzegorz Bula	9.04.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
<b>Sprawdził</b>	DM Elżbieta Wielgos-Karpińska	9.04.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
<b>Zatwierdził</b>	DN Ryszard Rudnik	9.04.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>