

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku
14-530 Frombork, ul. Sanatoryjna 1
NIP 582-14-31-790 REGON 170399007
Tel. (55) 6216 302, Fax. (55) 6216 300

*Regulamin Organizacyjny
Samodzielnego Publicznego
Specjalistycznego Psychiatrycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej we Fromborku.
(tekst jednolity na dzień 01.11.2022r.)*

Rozdział I. Postanowienia ogólne	3
I. Podstawa prawna działania Szpitala.....	3
II. Definicje.....	4
III. Miejsce, cel i zadania Szpitala.....	5
IV. Polityka Jakości.....	6
V. Struktura Szpitala	6
VI. Ogólne zasady zarządzania	7
Rozdział II. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.....	10
I. Warunki ogólne	10
II. Przyjęcie pacjenta do Szpitala.....	11
III. Udzielanie świadczenia – informacje ogólne	13
IV. Wypisanie pacjenta ze szpitala.....	14
V. Stosowanie przymusu bezpośredniego.....	15
VI. Dokumentacja medyczna – prowadzenie	15
VII. Udostępnianie dokumentacji medycznej.....	16
Rozdział III. Zadania i zakres funkcjonowania komórek organizacyjnych szpitala udzielających świadczeń zdrowotnych	18
I. Oddziały Szpitalne.....	18
1. Oddział Ogólnopsychiatryczny	18
2. Oddział Psychiatrii Sądowej	22
3. Oddział Psychogeriatryczny	26
4. Oddział Terapii Uzależnień.....	29
5. Oddział Detoksykacji	32
II. Poradnie Specjalistyczne	33
1. Gabinet Promocji Zdrowia	33
III. Pracownie Diagnostyczne	34
1. Pracownia Badań EEG i EKG	34
IV. Inne komórki organizacyjne w opiece szpitalnej	35
1. Izba Przyjęć	35
2. Dział Farmacji.....	37
3. Dział Fizjoterapii.....	37
4. Statystyka Medyczna i Dokumentacja Chorych.....	38
5. Międzyoddziałowa Pracownia Plastyczna.....	38
Rozdział IV. Zadania i zakres funkcjonowania administracyjnych i gospodarczych komórek organizacyjnych szpitala	39
I. Sekretariat Dyrektora	39
II. Dział Ekonomiczno – Finansowy.....	39
III. Dział Techniczno – Eksploatacyjny	40
Rozdział VII Warunki współdziałania komórek organizacyjnych szpitala.....	42
Rozdział VIII Warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.....	43
Rozdział IX Prawa i obowiązki pacjenta	43
Rozdział X Tryb składania skarg i wniosków	45
Rozdział XI Obowiązki zakładu opieki zdrowotnej w razie śmierci pacjenta.....	45
Rozdział XII Regulamin dla osób odwiedzających chorych	47
rozdział XIII Postanowienia końcowe.....	48

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

I. Podstawa prawna działania Szpitala

§ 1.

1. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku, **zwany dalej Szpitalem** jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, utworzonym przez Wojewodę Elbląskiego w dniu 1 listopada 1997 roku.
 2. Organem tworzącym Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku jest Sejmik Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
 3. Szpital działa w szczególności na podstawie:
 - 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów wydanych z upoważnienia ustawy;
 - 2) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 - 3) Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
 - 4) Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
 - 5) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. Prawa Pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta.
 - 6) Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
 - 7) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
 - 8) Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
 - 9) Ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
 - 10) Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy.
 - 11) i inne.
 - 12) Statutu SPSPZOZ we Fromborku nadanego przez Sejmik Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
- Ponadto w Szpitalu obowiązują unormowania wewnętrzne m. in:
- 13) Zarządzenia Dyrektora;
 - 14) Regulamin organizacyjny;
 - 15) Regulamin pracy;
 - 16) Regulamin wynagradzania;
 - 17) Regulamin tworzenia i gospodarowania ZFŚS;
 - 18) Regulamin kontroli zarządczej;
 - 19) Procedury i instrukcje wewnętrzne
4. Szpital jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Wojewody Warmińsko-Mazurskiego pod numerem: 000000015005

5. Szpital wpisany jest w Krajowym Rejestrze Sądowym prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Olsztynie pod numerem 0000002943.
6. Siedzibą Szpitala jest miasto Frombork ul. Sanatoryjna 1.
7. Szpital posiada identyfikator wg systemu REGON: 170399007 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej: 582-14-31-790.
8. Obszar działania Szpitala na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określają umowy zawarte z dysponentami tych środków.
9. Szpital zawiera umowy na realizację świadczeń zdrowotnych a także programów zdrowotnych i zadań dodatkowych z dysponentami środków publicznych i niepublicznych. Szczegółowy zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z dysponentami publicznych środków finansowych oraz innymi podmiotami.
10. Szpital nie może odmówić udzielania świadczeń zdrowotnych osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielania takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
11. Szpital realizuje zadania na potrzeby obrony państwa i bezpieczeństwa publicznego.
12. Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego może nałożyć na Szpital dodatkowe zadania związane z realizacją świadczeń zdrowotnych, finansowane z budżetu województwa, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej a także w przypadku klęsk żywiołowych, katastrof lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych oraz wykonywania zobowiązań międzywojewódzkich.
13. Postanowienia Regulaminu obowiązują wszystkich pracowników Szpitala, a także osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz Szpitala na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów oraz osoby odwiedzające.

II. Definicje

§ 2.

Użyte w niniejszym regulaminie określenia oznaczają:

1. **Dokumentacja medyczna** - dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
2. **E-WUŚ** - System elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców oparty o prowadzony przez NFZ Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), służący świadczeniodawcom do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów, w dniu udzielania świadczenia.
3. **Osoba wykonująca zawód medyczny** - zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
4. **Opiekun faktyczny** - osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga,

5. **Pacjent** - zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – osoba zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny,
6. **Potwierdzenie prawa do świadczeń** - Sprawdzenie uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonywane przez świadczeniodawcę jeden raz w dziennie w systemie e-WUŚ lub przyjęcie dokumentu potwierdzającego uprawnienia pacjenta do świadczeń, lub przyjęcie oświadczenia pacjenta o posiadaniu takich uprawnień.
7. **Prawa i obowiązki pacjenta** - także prawa i obowiązki przedstawiciela ustawowego, opiekuna lub opiekuna faktycznego osoby małoletniej korzystającej ze świadczeń zdrowotnych Szpitala,
8. **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej.
9. **Promocja zdrowia** - działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.
10. **Świadczenia zdrowotne** - zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
11. **Świadczenie szpitalne** - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;

III. Miejsce, cel i zadania Szpitala

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych we Fromborku ul Sanatoryjna 1, w pomieszczeniach zakładów leczniczych:
 - 1) Szpital Psychiatryczny we Fromborku - stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych,
 - 2) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna SPSPZOZ we Fromborku - ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. Udzielanie przez Szpital ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych może odbywać się także w miejscu pobytu pacjenta.
3. Podstawowym celem Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej w zakresie psychiatrii, leczenia odwykowego alkoholików, promocji zdrowia oraz fizjoterapii.
4. Do zadań Szpitala należy w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych przewidzianych w ustawie działalności leczniczej o charakterze stacjonarnym i ambulatoryjnym w ramach posiadanych specjalności,
- 2) wykonywanie badań diagnostycznych przez pracownię diagnostyczne,
- 3) orzecznictwo lekarskie w zakresie przewidzianym odrębnymi przepisami,
- 4) optymalne wykorzystanie aparatury i urządzeń medycznych oraz zapewnienie ich maksymalnej dostępności,
- 5) zapewnienie chorym właściwych warunków pobytu odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej,
- 6) zapewnienie chorym właściwego wyżywienia, odpowiedniego do stanu zdrowia,
- 7) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,
- 8) podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Szpitala,
- 9) realizacja zadań obronnych wynikających z odrębnych przepisów.

IV. Polityka Jakości

Nadrzędnym celem SPSPZOZ we Fromborku jest osiągnięcie, utrzymanie i ciągłe doskonalenie usług medycznych, stosowanie różnorodnych form leczenia i terapii, ciągła poprawa warunków pobytu Pacjentów i pracy kadry zakładu, przy zapewnieniu efektywności ekonomicznej zakładu gwarantującej jego dalszy rozwój.

Realizacja tych celów następuje poprzez:

1. Przestrzeganie praw Pacjenta, tworzenie i utrzymanie postaw personelu zorientowanego na potrzeby Pacjenta,
2. Monitorowanie poziomu satysfakcji Pacjentów, analizowanie, wyciąganie wniosków i wdrażanie zmian.
3. Przestrzeganie ustalonych standardów, procedur i norm,
4. Monitorowanie jakości świadczeń zdrowotnych,
5. Promocję zdrowia,
6. Podnoszenie kwalifikacji personelu,
7. Bezpieczne i higieniczne warunki pracy personelu.
8. Realizację programu zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
9. Remonty i modernizację oddziałów szpitalnych,

V. Struktura Szpitala

§ 3.

1. W strukturze organizacyjnej Szpitala wyróżnia się następujące piony organizacyjne:
 - 1) Pion lecznictwa
 - 2) Pion administracyjny i gospodarczy
2. W skład Pionu Lecznictwa wchodzi samodzielne stanowiska oraz następujące medyczne komórki organizacyjne:
 - 1) Dyrektor ds. Medycznych,
 - 2) Dyrektor ds. Pielęgniarstwa,

- 3) Specjalista ds. epidemiologii,
- 4) Pracownik ds. socjalnych pacjentów,
- 5) Oddziały szpitalne
 - a) Oddział Ogólnopsychiatryczny - 45 łóżek
 - b) Oddział Psychiatrii Sądowej - 40 łóżek
 - c) Oddział II Psychiatrii Sądowej - 40 łóżek
 - d) Oddział Psychogeriatryczny - 40 łóżek
 - e) Oddział Terapii Uzależnień - 34 łóżek
 - f) Oddział Detoksykacji - 18 łóżek
- 6) Gabinet Promocji Zdrowia
- 7) Pracownia Badań EKG i EEG
- 8) Inne komórki organizacyjne w opiece szpitalnej
 - a) Izba Przyjęć
 - b) Dział Fizjoterapii
 - c) Dział Farmacji,
 - d) Międzyoddziałowa Pracownia Plastyczna
 - e) Statystyka medyczna i dokumentacja chorych,
3. W skład Pionu Administracyjnego i gospodarczego wchodzi samodzielne stanowiska oraz następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Dyrektor ds. Finansowych / Główny Księgowy,
 - 2) Dyrektor ds. Techniczno-Eksploatacyjnych,
 - 3) Radca Prawny
 - 4) Specjalista ds. Pracowniczych,
 - 5) Informatyk,
 - 6) Inspektor ds. BHP,
 - 7) Inspektor do spraw obronnych i obrony cywilnej,
 - 8) Inspektor ds. P/poż,
 - 9) Kapelan szpitalny
 - 10) Dział Ekonomiczno-Finansowy
 - 11) Dział Techniczno-Eksploatacyjny,
 - a) Sekcja techniczno-eksploatacyjna:
 - eksploatacja,
 - kotłownia;
 - b) Sekcja żywienia:
 - kuchnia,
 - c) zaopatrzenie i magazyny
4. Schemat organizacyjny stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.

VI. Ogólne zasady zarządzania

§ 4

1. Szpitalem kieruje Dyrektor i reprezentuje go na zewnątrz. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
2. Dyrektor Szpitala na podstawie art. 53 ust. 2 Ustawy o finansach publicznych powierza gospodarkę finansową określoną w ust. 3, w tym obowiązek w zakresie kontroli finansowej Dyrektorowi ds. Ekonomiczno-Finansowych/ Głównemu Księgowemu.
3. Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych / Główny Księgowy przyjmuje obowiązki i odpowiedzialność w zakresie:
 - 1) prowadzenia rachunkowości Szpitala,
 - 2) wykonywania dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - 3) dokonywania wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - 4) dokonywania wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.
4. W Szpitalu tworzy się następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
 - 1) Dyrektor Szpitala/Kierownik Jednostki
 - 2) Dyrektor ds. Medycznych/Zastępca Kierownika Jednostki,
 - 3) Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych/Główny Księgowy
 - 4) Dyrektor ds. Pielęgniarstwa,
 - 5) Dyrektor ds. Techniczno-Eksploatacyjnych,
 - 6) Kierownik/koordynator Oddziału – jako kierujący oddziałem szpitalnym
 - 7) Pielęgniarka Oddziałowa lub Pielęgniarka Koordynująca
 - 8) Kierownik Działu
 - 9) Kierownik Sekcji.
5. Dyrektorowi Szpitala podlegają bezpośrednio:
 - 1) Dyrektor ds. Medycznych/Zastępca Kierownika Jednostki ,
 - 2) Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych/ Główny Księgowy
 - 3) Dyrektor ds. Pielęgniarstwa,
 - 4) Dyrektor ds. Techniczno-Eksploatacyjnych,
 - 5) Specjalista ds. Epidemiologii
 - 6) Pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy pionu administracyjnego.
 - 7) Kapelan szpitalny
6. Dyrektorowi ds. Medycznych podlegają bezpośrednio:
 - 1) Kierownik/koordynator Oddziału – jako kierujący oddziałem szpitalnym
 - 2) Kierownik Działu Fizjoterapii,
 - 3) Kierownik Działu Farmacji,
7. Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa podlegają bezpośrednio:
 - 1) Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące,
 - 2) Pracownik socjalny,
 - 3) Pracownik Międzyoddziałowej Pracowni Plastycznej

8. Dyrektor Ekonomiczno-Finansowy/Główny Księgowy kieruje pracą i ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za Dział Ekonomiczno - Finansowy,
9. Dyrektor ds. Techniczno-Eksploatacyjnych kieruje pracą i ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za Sekcję Techniczno-Eksploatacyjną , Sekcję Żywienia i zaopatrzenie - magazyn ogólny.
10. Pozostałymi Działami i komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy/koordynatorzy tych komórek.
11. Podstawowym obowiązkiem Dyrektorów i kierowników/ koordynatorów wszystkich szczebli zarządzania i pracowników Szpitala jest znajomość zasad organizacji i kierowania wewnątrz szpitala oraz stałe ich przestrzeganie.
12. Każdy pracownik posiada określony zakres kompetencji, uprawnień i odpowiedzialności, w ramach, których podejmuje decyzje.
13. Za prawidłowe planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy komórek i jednostek organizacyjnych oraz prowadzenie kontroli zarządczej odpowiadają pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze.
14. Każdy pracownik podlega bezpośrednio tylko jednemu bezpośredniemu przełożonemu i wyłącznie od niego otrzymuje polecenia służbowe oraz przed nim tylko jest odpowiedzialny za wykonanie zadań.
15. Kierownik/koordynator danej komórki organizacyjnej może być upoważniony przez Dyrektora do kontrolowania prac innych komórek organizacyjnych lub ich kierowników i pracowników w zakresie swojej kompetencji rzeczowej, jak też udzielania tym komórkom skoordynowanych z poleceniami ich bezpośrednich przełożonych - wskazówek i wytycznych odnośnie kierunku i metod pracy.
16. Ciągłość sprawowania funkcji kierowniczych jest w szpitalu zabezpieczana przez przekazywanie na piśmie - w razie nieobecności kierownika - władzy ich zastępcom wraz z odpowiedzialnością.
17. Poszczególne komórki organizacyjne Szpitala obowiązują zasada wzajemnego współdziałania, koordynacji pracy, wymiany poglądów i opinii.
18. Przy załatwianiu spraw wchodzących w zakres działania kilku komórek organizacyjnych, wiodącą jest ta komórka organizacyjna, której zakres działania obejmuje główne zagadnienia lub wielkość zagadnień występujących w przedmiotowej sprawie.
19. Komórki organizacyjne nie mogą występować na zewnątrz, wchodzić w stosunki prawne z innymi osobami prawnymi, a także z osobami fizycznymi.
20. Wywiadów dla prasy, radia i telewizji udziela Dyrektor lub pracownik upoważniony przez Dyrektora.
21. Udział Rady Społecznej reguluje ustawa o działalności leczniczej.
22. Wszystkie osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.

ROZDZIAŁ II.

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. Warunki ogólne

§ 5

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Osobom innym niż wymienione wcześniej świadczenia zdrowotne udzielane są za opłatą.
Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, zawarta jest w cenniku stanowiącym **załącznik nr 2 do regulaminu**.
2. Szpital umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu Prawami Pacjenta.
3. Szpital zapewnia przyjętemu:
 - 1) świadczenia zdrowotne,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne niezbędne do wykonania świadczenia,
 - 3) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, w ramach następujących oddziałów funkcjonujących przez całą dobę:
 - a) Oddział Ogólnopsychiatryczny
 - b) Oddział Psychiatrii Sądowej
 - c) Oddział II Psychiatrii Sądowej
 - d) Oddział Psychogeriatryczny
 - e) Oddział Terapii Uzależnień
 - f) Oddział Detoksykacji
4. W oddziale ogólnopsychiatrycznym terapia i leczenie ukierunkowane jest na szybkie ustąpienie zaburzeń psychicznych i powrót pacjenta do samodzielnego życia.
5. Terapia oparta jest na modelu społeczności terapeutycznej. Wybierany jest starosta i starościna oddziału, którzy reprezentują interesy pacjentów.
6. Formy terapii:
 - 1) farmakoterapia,
 - 2) psychoterapia grupowa i indywidualna
 - 3) edukacja zdrowotna
 - 4) terapia zajęciowa
 - 5) terapia ruchowa,
 - 6) zajęcia relaksujące
 - 7) Pracownik socjalny prowadzi zajęcia socjoterapeutyczne.
7. Na terenie całego Szpitala obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu za wyjątkiem pomieszczeń do tego przystosowanych (palarnia).

II. Przyjęcie pacjenta do Szpitala

§ 6

1. Przyjęcia pacjentów odbywają się w Izbie Przyjęć lub w określonych sytuacjach w oddziale.
2. Z chwilą przyjęcia pacjenta do Szpitala pacjent ma możliwość przekazania przedmiotów wartościowych i pieniędzy do depozytu.
3. Pieniądze i przedmioty wartościowe wydawane są pacjentowi na każde życzenie, przez uprawnionego pracownika szpitala za pokwitowaniem, w godzinach pracy kasy szpitala.
Za przedmioty wartościowe i pieniądze zatrzymane przez chorego - szpital nie ponosi odpowiedzialności.
4. Pacjenci zobowiązani do leczenia odwykowego przez Sąd, są przyjmowani zgodnie z ustalonym harmonogramem przyjęć.
5. Pacjenci dobrowolnie poddający się leczeniu w oddziale terapii i uzależnień przyjmowani są według kolejności zgłoszeń.
6. Pacjenta do szpitala przyjmuje się w każdym dniu i o każdej porze na podstawie decyzji kierownika oddziału lub jego zastępcy, a po godzinie 15⁰⁰ lekarza dyżurnego – w przypadkach uzasadnionych medycznie. Przyjęcia planowane dokonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 - 15.00.
7. Pacjent zgłaszający się do przyjęcia do szpitala musi być trzeźwy.
8. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.
9. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania. (Art. 22. ust. 1a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.),
10. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje zgodnie z Rozdziałem 3 Postępowanie lecznicze – Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego Art. 21 – 32 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
11. Jeżeli lekarz przy przyjęciu chorego poweźmie podejrzenie, że stwierdzone uszkodzenia ciała lub zaburzenia czynności psychicznych pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa jest zobowiązany bezzwłocznie powiadomić o tym fakcie zastępcę dyrektora ds. lecznictwa oraz policję lub prokuratora.
12. Jeżeli przy przyjęciu nie można ustalić personaliów pacjenta, lekarz odnotowuje okoliczności znalezienia chorego, jego ówczesny stan (wygląd), czas i okoliczności przewiezienia (dane osób towarzyszących) i okoliczności przyjęcia chorego.
13. Lekarz oddziału, do którego przyjęto osobę, której personaliów nie można ustalić, zawiadamia o tym fakcie właściwy organ policji w celu ustalenia tożsamości pacjenta.
14. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie

pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. O dokonanym rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.

15. Jeżeli lekarz nie stwierdzi niezwłocznej konieczności umieszczenia pacjenta w szpitalu, a w chwili zgłoszenia chorego brakuje możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń, w szczególności z powodu braku wolnych miejsc bądź wyczerpania ilości przyjęć określonych w kontaktach z dysponentami środków publicznych, sam bądź w porozumieniu z kierownikiem oddziału ustala przybliżony termin przyjęcia do szpitala.
16. Kolejność dostępu do świadczeń w przypadku określonym w ust. 15 ustala się zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz stanem zdrowia pacjenta.
17. Osoby niezakwalifikowane do leczenia szpitalnego, a wymagające leczenia ambulatoryjnego, otrzymują w Izbie Przyjęć kartę odmowy przyjęcia oraz poradę.
18. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziałach psychiatrycznych prowadzi Izba Przyjęć, a w pozostałych oddziałach upoważniony pracownik oddziału.
19. W razie zmiany stanu zdrowia osoby oczekującej na udzielenie świadczenia, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, osoba oczekująca informuje o tym Szpital, który kierując się kryteriami medycznymi, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie o nowym terminie przyjęcia.
20. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, szpital informuje osobę oczekującą na przyjęcie, w każdy dostępny sposób, o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Dotyczy to również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
21. W przypadku gdy osoba oczekująca na przyjęcie do szpitala nie może stawić się w terminie określonym na przyjęcie lub gdy zrezygnowała ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić o tym fakcie szpital.
22. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
23. Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością mają:
 - 1) pacjenci w stanie nagłym,
 - 2) osoby, które posiadają tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu,
 - 3) inwalidzi wojenni i wojskowi,
 - 4) kombatancki (także osoby represjonowane),
 - 5) uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
24. Po wykonaniu czynności związanych z przyjęciem do Szpitala pacjent kierowany jest do właściwego oddziału szpitalnego w towarzystwie pielęgniarki Izby Przyjęć lub pielęgniarki oddziału.

25. Prawo do świadczeń potwierdzone jest w systemie E-WUŚ za pomocą nr PESEL pacjenta. W przypadku negatywnej weryfikacji pacjent jest obowiązany do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, a jeżeli leczenie odbywa się w szpitalu – w ciągu 7 dni od jego zakończenia.
26. Osoby nieubezpieczone zobowiązane są przy przyjęciu lub w trakcie hospitalizacji poinformować personel o tym fakcie.
27. Pacjent przy przyjęciu powinien posiadać dowód tożsamości z nr PESEL, dokumentację medyczną istotną dla procesu terapeutycznego (karty informacyjne z leczenia szpitalnego, informacje o rodzaju i dawkach zażywanych leków itp.)
28. Szpital zapewnia pacjentom bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Pacjenci przyjmujący leki na choroby przewlekłe somatyczne nie związane z główną jednostką chorobową hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym (np.: nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, cukrzyca, itp.) powinni je posiadać przy przyjęciu w ilości umożliwiającej nieprzerwane kontynuowanie zleconej przez lekarza terapii. Nieposiadanie leków na choroby somatyczne może powodować konieczność zmiany ustalonej terapii na leki dostępne w Receptariuszu Szpitalnym.
29. O zaplanowanych wcześniej badaniach, konsultacjach czy poradach w innych placówkach ochrony zdrowia, mających miejsce w trakcie leczenia w tutejszym szpitalu, należy bezwzględnie poinformować lekarza prowadzącego bądź kierownika oddziału.

III. Udzielanie świadczenia – informacje ogólne

§ 7

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania, leczenia chorób oraz zasadami etyki zawodowej, przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.
2. W godzinach dyżuru, lekarz dyżurny sprawujący opiekę nad pacjentem ma prawo skonsultować się z kierownikiem/koordynatorem i wezwać go do oddziału. W trakcie dyżuru za organizację pracy szpitala odpowiada lekarz dyżurny, wyszczególniony w grafiku dyżurów lekarskich.
3. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji.
4. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może nastąpić wyjątkowo – tylko w indywidualnych przypadkach przewidzianych prawem.
5. Pacjent jest zobowiązany do stosowania się do zaleceń i wskazań personelu medycznego.
6. Osobie internowanej można udzielić zezwolenia na czasowy pobyt poza szpitalem pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania na podstawie przepisów art. 204 lit. d. Kodeksu Karnego Wykonawczego. Zezwolenia udziela Dyrektor po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego. O udzieleniu zezwolenia Dyrektor informuje sąd.

7. W czasie hospitalizacji Pacjent może wystąpić z wnioskiem o wyrażenie zgody na przepustkę. Fakt ten odnotowany jest w historii choroby wraz z podpisem pacjenta i lekarza prowadzącego oraz określeniem terminu powrotu.
8. Brak zgody lekarza na wyjście pacjenta poza szpital jest równoznaczny z samowolnym oddaleniem, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
9. Samowolne opuszczenie przez pacjenta oddziału lub terenu szpitala winno być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
10. W przypadku, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie ograniczonych możliwości pacjenta co do właściwej oceny swojej sytuacji oraz w sytuacji, kiedy samowolne przebywanie poza szpitalem może spowodować u pacjenta pogorszenie stanu zdrowia albo zagraża jego życiu lub zdrowiu fakt ten zgłaszany jest przez lekarza oddziału lub inną upoważnioną osobę Policji.
11. Samowolne opuszczenie szpitala przez pacjenta jako niezgodne z Regulaminem i może skutkować zastosowaniem § 8 ust.1 lit. b.
12. Sprawdzenie uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonywane są przez sekretarki medyczne jeden raz w dziennie w systemie e-WUŚ. Sprawdzenie wskazanych powyżej uprawnień dokonuje także pielęgniarka zmianowa w poniższych sytuacjach:
 - po godzinie 14³⁵ w dni robocze wobec każdego nowo przyjętego pacjenta,
 - w dni wolne od pracy, niedziele i święta – wobec wszystkich pacjentów oddziału.
13. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia lub osoba na której w stosunku do pacjenta ciąży obowiązek alimentacyjny a nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie, ponoszą koszty pobytu pacjenta począwszy od terminu określonego przez dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach.

IV. Wypisanie pacjenta ze szpitala

§ 8

1. Wypisy ze szpitala odbywają się w dni robocze od poniedziałku do piątku.
2. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
 - 2) w razie samowolnego opuszczenia oddziału,
 - 3) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
 - 4) gdy osoba przebywająca w szpitalu w sposób rażący narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu kierownik/koordynator oddziału może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala i przyczynach odmowy.
4. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemne

oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze szpitala w wyznaczonym terminie, szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
6. Pacjent może złożyć w dowolnej formie, wniosek o wypisanie go ze szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
7. W razie odmowy wypisania, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz opiekun faktyczny mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się Szpital, o nakazanie wypisania.
8. O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia kierownik oddziału, jeżeli uzna, że ustały przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.
9. Osoba ta może za swoją później wyrażoną zgodą pozostać w szpitalu psychiatrycznym, jeżeli w ocenie lekarza jej dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy.
10. Osoba przebywająca bez swojej zgody w szpitalu psychiatrycznym, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę mogą żądać wypisania tej osoby ze szpitala psychiatrycznego nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody w tym szpitalu. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie i odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.
11. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione w ust. 9 mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku.
12. Przepisy niniejszego rozdziału nie mają zastosowania do osób kierowanych do szpitala przez właściwy organ państwowy na podstawie odpowiednich ustaw (internacie, obserwacje sądowo-psychiatryczne, sądowy nakaz leczenia).

V. Stosowanie przymusu bezpośredniego.

§ 9

1. Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz przepisy wydane na jej podstawie.

VI. Dokumentacja medyczna – prowadzenie

§ 10

1. Szpital sporządza, prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Szpitala zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa.

2. Zasadniczym aktem prawnym jest ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

VII. Udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 11

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - 2) osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 3) upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 1) i 2).
 - 1) W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
 - 2) W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1), sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - a) 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - b) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:
 - 1) innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom – jeżeli badanie, którego dotyczy dokumentacja, zostało przeprowadzone na ich wniosek;

- 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności – w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 7) zakładom ubezpieczeń – za zgodą pacjenta;
- 8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia – w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- 9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
- 10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- 11) szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych – bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

12) Rzecznikowi Praw Pacjenta

5. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej następuje na podstawie art. 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
 - 1) do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy szpital nie pobiera opłaty.
7. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 28 ust 4 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Szpital pobiera opłatę:
 - 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1);
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, jeżeli Szpital prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1),
8. Udostępnienie dokumentacji wewnętrznej pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala:
 - 1) W trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych,

- 2) Za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji.
9. Dokumentację udostępnia się na zewnątrz Szpitala w formie kopii, wyciągów bądź odpisów, chyba, że uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
10. W razie wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba, że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
11. Koszty udostępnienia dokumentacji organom lub podmiotom ponoszą te organy lub podmioty.

ROZDZIAŁ III.

ZADANIA I ZAKRES FUNKCJONOWANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. Oddziały Szpitalne

§ 12

1. Wszystkie oddziały w szpitalu są oddziałami koedukacyjnymi.
2. W skład Szpitala wchodzi następujące oddziały:
 - 1) Oddział Ogólnopsychiatryczny,
 - 2) Oddział Psychiatrii Sądowej,
 - 3) Oddział II Psychiatrii Sądowej
 - 4) Oddział Psychogeriatryczny,
 - 5) Oddział Terapii Uzależnień,
 - 6) Oddział Detoksykacji,
3. Szpitalem pod względem medycznym kieruje Dyrektor ds. Medycznych, a w sprawach dotyczących pielęgniarstwa Dyrektor ds. Pielęgniarstwa .
4. Zarządzaniem i pracą oddziału kieruje Kierownik/Koordynator Oddziału przy pomocy Pielęgniarki Oddziałowej lub Pielęgniarki Koordynującej. Podczas usprawiedliwionej nieobecności Kierownika/Koordynatora oddziałem kieruje zastępca kierownika/koordynatora. W innych przypadkach pracą oddziału kieruje lekarz wyznaczony przez Dyrektora ds. Medycznych.
5. Grafiki dyżurów lekarskich w szpitalu, na każdy dzień miesiąca, ustala Dyrektor ds. Medycznych.

1. Oddział Ogólnopsychiatryczny

§ 13

Cel:

Stworzenie pacjentowi optymalnych warunków leczenia oraz przeprowadzania niezbędnych badań i zabiegów leczniczych w aspektach:

1. medycznym – przeprowadzanie badań, obserwacji i leczenia,
2. społecznym – zapewnianie odpowiednich warunków do leczenia i zminimalizowanie zagrożenia dla otoczenia,
3. rehabilitacji i readaptacji,
4. wychowawczym

Zadania oddziału:

1. Diagnostyka, leczenie i wczesna rehabilitacja osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w warunkach całodobowych.
2. Orzecznictwo sądowo – psychiatryczne, ZUS.
3. Diagnostyka psychologiczna.
4. Leczenie farmakologiczne i psychologiczne
5. Nawiązywanie kontaktów ze środowiskiem rodzinnym pacjenta.
6. Współpraca z Ośrodkami Pomocy Społecznej w rejonie leczenia.
7. Zajęcia terapeutyczne – terapia zajęciowa, społeczność terapeutyczna
8. Szkolenie lekarzy i personelu pielęgniarstwa w zakresie specjalności oddziału.

Zakres działania:

W Oddziale leczy się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, a głównie:

1. Schizofrenie różnych typów, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i zaburzenia urojeniowe oraz schizoafektywne
2. Zaburzenia nastroju.
3. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.
4. Zaburzenia zachowania spowodowane upośledzeniem umysłowym.
5. Zaburzenia zachowania spowodowane alkoholem lub innymi środkami psychoaktywnymi.
6. Zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym
7. Zaburzenia osobowości
8. Ołepienie i zaburzenia psychiczne na podłożu ołepienia

W skład oddziału wchodzi:

1. Sale chorych – ogólne i obserwacyjne
2. Gabinet kierownika/koordynatora oddziału
3. Gabinety lekarskie
4. Gabinet psychologa,
5. Gabinet pielęgniarki oddziałowej/koordynującej
6. Dyżurka pielęgniarska,
7. Gabinet zabiegowy,
8. Sala terapii zajęciowej,
9. Pomieszczenia gospodarcze,
10. Węzły sanitarne.

Personel oddziału:

1. Kierownik/koordynator oddziału,
2. Lekarze asystenci,
3. Psycholog,
4. Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca
5. Pielęgniarki dyżurne,
6. Sekretarka medyczna,
7. Terapeuci zajęciowi,
8. Opiekunka medyczna
9. Salowe

Zasady funkcjonowania:

1. Z chwilą przyjęcia do oddziału pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta albo opiekunów ustawowych o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce jej udostępnienia.
2. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie, powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
3. Rozkład pracy lekarzy i psychologów zatrudnionych na oddziale ustala kierownik/koordynator oddziału w porozumieniu z Dyrektorem ds. Medycznych.
4. Rozkład pracy pielęgniarek, personelu średniego i pomocniczego ustala pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca w porozumieniu z Dyrektorem ds. Pielęgniarstwa.
5. Kierownik/koordynator oddziału ustala szczegółowy rozkład dnia. Przy ustalaniu rozkładu dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania chorych należy kierować się następującymi wytycznymi:
 - 06⁰⁰ - 08¹⁵ zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne, porządkowe, śniadanie;
 - 08¹⁵ - 12³⁰ obchody i konsultacje lekarskie, zabiegi diagnostyczne, lecznicze i terapeutyczne;
 - 12³⁰ - 13⁰⁰ obiad;
 - 13⁰⁰ - 14⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów;
 - 14⁰⁰ - 16³⁰ zajęcia terapeutyczne, zebrania społeczności, wyjścia na spacer,
 - 16³⁰ - 18³⁰ zabiegi lecznicze, pielęgnacyjne i porządkowe, kolacja;
 - 18³⁰ - 22⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, wieczorny obchód sal przez pielęgniarkę;
 - 22⁰⁰ - 6⁰⁰ cisza nocna.
6. W poszczególnych salach przebywają pacjenci tej samej płci.
7. Pacjenci agresywni, ciężko chorzy przebywają w salach obserwacyjnych.
8. Ciężko chorzy, wobec których zastosowano przymus bezpośredni powinni być przekazani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego.
11. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze w dniach i godzinach ustalonych przez kierownika oddziału, co powinno być podane do ogólnej wiadomości.
12. Raport pielęgniarek przekazywany jest następnej zmianie (godz. 07.00 i 19.00) co do zasady w formie pisemnej, zawierającej przebieg dyżuru z uwzględnieniem:
 - 1) stanu zdrowia nowoprzyjętych pacjentów do oddziału,
 - 2) ciężko chorych, wobec których zastosowano przymus bezpośredni,

- 3) stanu zdrowia pacjentów na obserwacji psychiatrycznej,
 - 4) innych szczególnych informacji o pacjencie zawierające zalecenia dla następnej zmiany.
- W nadzwyczajnych sytuacjach raport przekazywany jest dodatkowo w formie ustnej gdzie relacjonuje się przebieg dyżuru ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnego przypadku.
13. Raport lekarski jest zorganizowany od godz. 9.00 w formie zebrania z kierownikiem/koordynatorem oddziału, lekarzami, psychologami, pielęgniarkami, w czasie, którego odbywa się relacja z przebiegu dyżuru, omówienie zmian w stanie zdrowia pacjentów, dyskusja oraz podejmowane są decyzje w sprawach leczenia i pielęgnacji.
 14. Wszelkie ustalenia z raportów lekarskich muszą być odnotowane w historii choroby.
 15. Wizyta (obchód) lekarska obejmuje wszystkich pacjentów. W czasie wizyty lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem, ustala zmiany w stanie zdrowia pacjenta, wydaje odpowiednie zalecenia w zakresie leczenia i diagnostyki. Wszystkie decyzje podejmowane przez lekarza prowadzącego wizytę są przez niego rejestrowane i podpisywane w historii choroby. Wizyta odbywa się z udziałem lekarzy, pielęgniarki oddziałowej/koordynującej i pielęgniarek dyżurujących w danym dniu.
 16. Lekarze sprawują opiekę nad pacjentami przydzielonymi im przez kierownika/koordynatora oddziału.
 17. Kierownik/Koordinator oddziału może wprowadzić inny system opieki lekarskiej nad pacjentami, jeżeli uzna, że jest to uzasadnione w danym oddziale systemem organizacji opieki.
 18. Opiekę lekarską, poza godzinami pracy, zapewnia się w formie dyżuru medycznego.
 19. Pielęgniarki sprawują opiekę pielęgniarską nad pacjentem przez cały okres jego pobytu w oddziale. Realizują świadczenia pielęgniarskie zgodnie z ustalonym planem pielęgnowania, standardami i procedurami.
 20. Badania diagnostyczne i postępowanie lecznicze są odnotowane w dokumentacji medycznej. Dokumentacja powinna zawierać skierowanie na badanie wraz z podpisem lekarza zlecającego badanie, a także wynik badania z podpisem osoby je wykonującej.
 21. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne, zabiegi lecznicze i konsultacje powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub przewożeni na wózkach.
 22. Informacje o stanie zdrowia pacjentów są przekazywane codziennie osobiście przez lekarza prowadzącego, w razie jego nieobecności przez Kierownika/Koordinatora Oddziału, w nagłych wypadkach przez lekarza dyżurnego. Lekarz dyżurny przekazuje podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta.
 23. Odwiedziny pacjenta mogą odbywać się w godzinach 15.00 – 19.00 lub w indywidualnych przypadkach zgodnie z decyzją kierownika.
 24. Do oddziału należy wchodzić bez wierzchnich okryć i bagażu.
 25. Bez zgody lekarza nie można zabierać pacjentów poza teren szpitala.
 26. Wypisanie ze Szpitala, poza szczególnymi wypadkami, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia,
 - 2) na żądanie pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego,

- 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza przepisy porządkowe, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo zdrowia innych osób.
- 4) wypisy planowe odbywają się od poniedziałku do piątku.

2. Oddział Psychiatrii Sądowej i Oddział II Psychiatrii Sądowej

§ 14

Cel:

zastosowanie środka zabezpieczającego wobec sprawcy/pacjenta czynu zabronionego w warunkach podstawowego zabezpieczenia

Terapeutyczny: możliwie pełna poprawa stanu zdrowia psychicznego (poprawa kliniczna)

Zabezpieczający: zapobieganie ponownemu popełnianiu czynu kryminalnego (eliminacja zachowań przestępczych).

Zadania oddziału:

Udzielanie sprawcom/pacjentom świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia, obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. , poz. 676, z późn. zm.).

1. Terapie grupowe z psychologiem.
2. Terapie indywidualne.
3. Terapia zajęciowa.
4. Treningi umiejętności doskonalenia czynności życia codziennego.
5. Zajęcia psychoedukację.
6. Świadczenia terapeutyczne.
7. Programy terapeutyczne.
8. Niezbędne badania diagnostyczne.
9. Konsultacje specjalistyczne.
10. Leki.
11. Wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.
12. Działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Zakres działania:

Leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00-F99) w tym uzależnienia.

Oddział zapewnia stały nadzór nad pacjentami przebywającymi w tym oddziale. Posiada drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające pacjentom samowolne opuszczenie tego oddziału.

W skład oddziału wchodzi:

1. Sale chorych – ogólne i obserwacyjne
2. Gabinet kierownika/koordynatora oddziału

3. Gabinety lekarskie
4. Gabinet psychologa,
5. Gabinet pielęgniarki oddziałowej / koordynującej
6. Dyżurka pielęgniarska
7. Gabinet zabiegowy,
8. Sala terapii zajęciowej,
9. Pomieszczenia gospodarcze,
10. Węzły sanitarne.

Personel oddziału:

1. Kierownik/koordynator oddziału,
2. Lekarze asystenci,
3. Psycholog,
4. Specjalista psychoterapii uzależnień,
5. Psychoterapeuta
6. Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca ,
7. Pielęgniarki dyżurne,
8. Sekretarka medyczna,
9. Terapeuci zajęciowi,
10. Salowe.

Zasady funkcjonowania:

Dokumenty potrzebne do przyjęcia do oddziału:

1. Postanowienie Sądu o umorzeniu sprawy i zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy/pacjenta w szpitalu psychiatrycznym.
2. Opinia Komisji psychiatrycznej ds. Środków zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia.
3. Postanowienie Sądu wskazujące Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku – jako właściwe miejsce do wykonywania środka zabezpieczającego.
4. Nakaz przyjęcia.
5. Dowód tożsamości.

Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających

1. Przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego tożsamość sprawcy/pacjenta ustala osoba przyjmująca do tego szpitala, w szczególności na podstawie dokumentu tożsamości sprawcy/pacjenta lub innego dokumentu poświadczającego tożsamość pacjenta.
2. Sprawca/pacjent przyjęty do zakładu psychiatrycznego przekazuje do depozytu:
 - 1) środki pieniężne i inne rzeczy wartościowe;

- 2) przedmioty, które mogą stanowić zagrożenie dla porządku lub bezpieczeństwa jego pobytu lub zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, w szczególności przedmioty posiadające ostre krawędzie lub zakończenie, środki służące do obezwładniania, produkty lecznicze będące środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami, alkohol oraz inne przedmioty, których wymiary lub ilość mogą naruszyć ustalony porządek lub bezpieczeństwo wykonywania środka zabezpieczającego.
3. Sprawcę/ pacjenta przyjętego do oddziału psychiatrycznego informuje się o:
 - 1) zasadach wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy;
 - 2) warunkach i sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego i kontrolowania stanu zdrowia sprawcy/pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz niniejszym regulaminem organizacyjnym szpitala psychiatrycznego;
 - 3) wyposażeniu pomieszczeń przeznaczonych do wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego w środki techniczne służące do obserwowania i rejestrowania obrazu, jeżeli takie środki są zainstalowane.
4. Adnotację o przekazaniu sprawcy/pacjenta informacji, o których mowa w ust 3, zamieszcza się w dokumentacji medycznej. Sprawca/pacjent potwierdza fakt zapoznania się z tymi informacjami przez złożenie podpisu. Informację o niemożności albo odmowie złożenia przez sprawcę podpisu zamieszcza się w formie adnotacji w dokumentacji medycznej.
5. Środki pieniężne i inne rzeczy wartościowe oraz przedmioty, o których mowa w ust 2 pkt 2, przekazuje się do depozytu także wówczas, gdy sprawca/pacjent wejdzie w ich posiadanie w czasie wykonywania środka zabezpieczającego.
6. Dyrektor szpitala psychiatrycznego zawiadamia właściwy sąd oraz komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających o przyjęciu, przeniesieniu albo wypisaniu sprawcy/pacjenta.

Regulacje ogólne

1. Z chwilą przyjęcia do oddziału pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta albo opiekunów ustawowych o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce jej udostępnienia.
2. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie, powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
3. Rozkład pracy lekarzy i psychologów zatrudnionych na oddziale ustala kierownik/koordynator oddziału w porozumieniu z Dyrektorem ds. Medycznych.
4. Rozkład pracy pielęgniarek, personelu średniego i pomocniczego ustala pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca w porozumieniu z Dyrektorem ds. Pielęgniarstwa.
5. Kierownik/koordynator oddziału ustala szczegółowy rozkład dnia. Przy ustalaniu rozkładu dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania chorych należy kierować się następującymi wytycznymi:
 - 0600 - 0815 zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne, porządkowe, śniadanie;
 - 0815 - 1230 obchody i konsultacje lekarskie, zabiegi diagnostyczne, lecznicze i terapeutyczne;
 - 1230 - 1300 obiad;

13⁰⁰ - 14⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów;
14⁰⁰ - 16³⁰ zajęcia terapeutyczne, zebrania społeczności, wyjścia na spacer pod opieką personelu,
16³⁰ - 18³⁰ zabiegi lecznicze, pielęgnacyjne i porządkowe, kolacja;
18³⁰ - 22⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, wieczorny obchód sal przez pielęgniarkę;
22⁰⁰ - 6⁰⁰ cisza nocna.

6. Kierownik/koordynator oddziału ustala wewnętrzne zasady działania oddziału ,
wprowadzone zarządzeniem Dyrektora szpitala,
7. W poszczególnych salach przebywają pacjenci tej samej płci.
8. Pacjenci agresywni, ciężko chorzy przebywają w salach obserwacyjnych.
9. Ciężko chorzy, wobec których zastosowano przymus bezpośredni powinni być przekazani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego.
10. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze w dniach i godzinach ustalonych przez kierownika/koordynatora oddziału, co powinno być podane do ogólnej wiadomości.
11. Raport pielęgniarek przekazywany jest następnej zmianie (godz. 07.00 i 19.00) co do zasady w formie pisemnej, zawierającej przebieg dyżuru z uwzględnieniem:
 - 5) stanu zdrowia nowoprzyjętych pacjentów do oddziału,
 - 6) ciężko chorych, wobec których zastosowano przymus bezpośredni,
 - 7) stanu zdrowia pacjentów na obserwacji psychiatrycznej,
 - 8) innych szczególnych informacji o pacjencie zawierające zalecenia dla następnej zmiany.W nadzwyczajnych sytuacjach raport przekazywany jest dodatkowo w formie ustnej gdzie relacjonuje się przebieg dyżuru ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnego przypadku.
12. Raport lekarski jest zorganizowany od godz. godz. 9.00 w formie zebrania z kierownikiem/koordynatorem oddziału, lekarzami, psychologami, pielęgniarkami, w czasie, którego odbywa się relacja z przebiegu dyżuru, omówienie zmian w stanie zdrowia pacjentów, dyskusja oraz podejmowane są decyzje w sprawach leczenia i pielęgnacji.
13. Wszelkie ustalenia z raportów lekarskich muszą być odnotowane w historii choroby.
14. Wizyta (obchód) lekarska obejmuje wszystkich pacjentów. W czasie wizyty lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem, ustala zmiany w stanie zdrowia pacjenta, wydaje odpowiednie zalecenia w zakresie leczenia i diagnostyki. Wszystkie decyzje podejmowane przez lekarza prowadzącego wizytę są przez niego rejestrowane i podpisywane w historii choroby. Wizyta odbywa się z udziałem lekarzy, pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarek dyżurujących w danym dniu.
15. Lekarze sprawują opiekę nad pacjentami przydzielonymi im przez kierownika/koordynatora oddziału.
16. Kierownik/Koordynator oddziału może wprowadzić inny system opieki lekarskiej nad pacjentami, jeżeli uzna, że jest to uzasadnione w danym oddziale systemem organizacji opieki.
17. Opiekę lekarską, poza godzinami pracy, zapewnia się w formie dyżuru medycznego.

18. Pielęgniarki sprawują opiekę pielęgniarską nad pacjentem przez cały okres jego pobytu w oddziale. Realizują świadczenia pielęgniarskie zgodnie z ustalonym planem pielęgnowania, standardami i procedurami.
19. Badania diagnostyczne i postępowanie lecznicze są odnotowane w dokumentacji medycznej. Dokumentacja powinna zawierać skierowanie na badanie wraz z podpisem lekarza zlecającego badanie, a także wynik badania z podpisem osoby je wykonującej.
20. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne, zabiegi lecznicze i konsultacje powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub przewożeni na wózkach.
21. Informacje o stanie zdrowia pacjentów są przekazywane codziennie osobiście przez lekarza prowadzącego, w razie jego nieobecności przez Kierownika/Koordynatora Oddziału, w nagłych wypadkach przez lekarza dyżurnego. Lekarz dyżurny przekazuje podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta.
22. Odwiedziny pacjenta mogą odbywać się w godzinach 15.00 – 19.00 lub w indywidualnych przypadkach zgodnie z decyzją kierownika/koordynatora.

Wypisanie ze Szpitala sprawcy/pacjenta.

1. Czasu trwania środka zabezpieczającego sąd nie określa.
 - 1) Decyzje uchylające detencję, przedłużające detencję lub zmieniające stopień zabezpieczenia zakładu wydawane są przez sąd cyklicznie, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, po zaznajomieniu się z opinią 2 psychiatrów i psychologa
 - 2) Sąd uchyla środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne.

3. Oddział Psychogeriatryczny

§ 15

Cel:

Świadczenia psychogeriatryczne obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, powyżej 60 roku życia. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się hospitalizację pacjentów w wieku poniżej 60 roku życia.

Zadania oddziału:

1. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi w warunkach całodobowych.
2. Orzecznictwo sądowo – psychiatryczne, ZUS.
3. Diagnostyka psychologiczna.
4. Leczenie farmakologiczne i psychologiczne
5. Nawiązywanie kontaktów ze środowiskiem rodzinnym pacjenta.
6. Współpraca z Ośrodkami Pomocy Społecznej w rejonie leczenia.
7. Zajęcia terapeutyczne – terapia zajęciowa, społeczność terapeutyczna
8. Szkolenie lekarzy i personelu pielęgniarskiego w zakresie specjalności oddziału.

Zakres działania:

W Oddziale leczy się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania:

1. Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09)
2. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29);
3. Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39).

W skład oddziału wchodzi:

1. Sale chorych – ogólne i obserwacyjne
2. Gabinet kierownika/koordynatora oddziału
3. Gabinety lekarskie
4. Gabinet psychologa,
5. Gabinet pielęgniarki oddziałowej/koordynującej
6. Dyżurka pielęgniarska
7. Gabinet zabiegowy,
8. Sala terapii zajęciowej,
9. Pomieszczenia gospodarcze,
10. Węzły sanitarne.

Personel oddziału:

1. Kierownik/koordynator oddziału,
2. Lekarze asystenci,
3. Psycholog,
4. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca,
5. Pielęgniarki dyżurne,
6. Sekretarka medyczna,
7. Terapeuci zajęciowi,
8. Opiekunka medyczna
9. Salowe.

Zasady funkcjonowania:

1. Z chwilą przyjęcia do oddziału pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta albo opiekunów ustawowych o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce jej udostępnienia.
2. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie, powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
3. Rozkład pracy lekarzy i psychologów zatrudnionych na oddziale ustala kierownik/koordynator oddziału w porozumieniu z Dyrektorem ds. Medycznych.
4. Rozkład pracy pielęgniarek, personelu średniego i pomocniczego ustala pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca w porozumieniu z Dyrektorem ds. Pielęgniarstwa.
5. Kierownik/Koordynator oddziału ustala szczegółowy rozkład dnia. Przy ustalaniu rozkładu dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania chorych należy kierować się następującymi wytycznymi:
06⁰⁰ - 08¹⁵ zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne, porządkowe, śniadanie;

08¹⁵ - 12³⁰ obchody i konsultacje lekarskie, zabiegi diagnostyczne, lecznicze i terapeutyczne;
12³⁰ - 13⁰⁰ obiad;
13⁰⁰ - 14⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów;
14⁰⁰ - 16³⁰ zajęcia terapeutyczne, zebrania społeczności, wyjścia na spacer,
16³⁰ - 18³⁰ zabiegi lecznicze, pielęgnacyjne i porządkowe, kolacja;
18³⁰ - 22⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, wieczorny obchód sal przez pielęgniarkę;
22⁰⁰ - 6⁰⁰ cisza nocna.

6. W poszczególnych salach przebywają pacjenci tej samej płci.
7. Pacjenci agresywni, ciężko chorzy przebywają w salach obserwacyjnych.
8. Ciężko chorzy, wobec których zastosowano przymus bezpośredni powinni być przekazani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego.
9. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze w dniach i godzinach ustalonych przez kierownika/koordynatora oddziału, co powinno być podane do ogólnej wiadomości.
10. Raport pielęgniarek przekazywany jest następnej zmianie (godz. 07.00 i 19.00) co do zasady w formie pisemnej, zawierającej przebieg dyżuru z uwzględnieniem:
 - 1) stanu zdrowia nowoprzyjętych pacjentów do oddziału,
 - 2) ciężko chorych, wobec których zastosowano przymus bezpośredni,
 - 3) stanu zdrowia pacjentów na obserwacji psychiatrycznej,
 - 4) innych szczególnych informacji o pacjencie zawierające zalecenia dla następnej zmiany.W nadzwyczajnych sytuacjach raport przekazywany jest dodatkowo w formie ustnej gdzie relacjonuje się przebieg dyżuru ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnego przypadku.
11. Raport lekarski jest zorganizowany od godz. godz. 9.00 w formie zebrania z kierownikiem/koordynatorem oddziału, lekarzami, psychologami, pielęgniarkami, w czasie, którego odbywa się relacja z przebiegu dyżuru, omówienie zmian w stanie zdrowia pacjentów, dyskusja oraz podejmowane są decyzje w sprawach leczenia i pielęgnacji.
12. Wszelkie ustalenia z raportów lekarskich muszą być odnotowane w historii choroby.
13. Wizyta (obchód) lekarska obejmuje wszystkich pacjentów. W czasie wizyty lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem, ustala zmiany w stanie zdrowia pacjenta, wydaje odpowiednie zalecenia w zakresie leczenia i diagnostyki. Wszystkie decyzje podejmowane przez lekarza prowadzącego wizytę są przez niego rejestrowane i podpisywane w historii choroby. Wizyta odbywa się z udziałem lekarzy, pielęgniarki oddziałowej/koordynującej i pielęgniarek dyżurujących w danym dniu.
14. Lekarze sprawują opiekę nad pacjentami przydzielonymi im przez kierownika/koordynatora oddziału.
15. Kierownik/Koordynator oddziału może wprowadzić inny system opieki lekarskiej nad pacjentami, jeżeli uzna, że jest to uzasadnione w danym oddziale systemem organizacji opieki.
16. Opiekę lekarską, poza godzinami pracy, zapewnia się w formie dyżuru medycznego.
17. Pielęgniarki sprawują opiekę pielęgniarскую nad pacjentem przez cały okres jego pobytu w oddziale. Realizują świadczenia pielęgniarские zgodnie z ustalonym planem pielęgnowania, standardami i procedurami.

18. Badania diagnostyczne i postępowanie lecznicze są odnotowane w dokumentacji medycznej. Dokumentacja powinna zawierać skierowanie na badanie wraz z podpisem lekarza zlecającego badanie, a także wynik badania z podpisem osoby je wykonującej.
19. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne, zabiegi lecznicze i konsultacje powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub przewożeni na wózkach.
20. Informacje o stanie zdrowia pacjentów są przekazywane codziennie osobiście przez lekarza prowadzącego, w razie jego nieobecności przez Kierownika/Koordynatora Oddziału, w nagłych wypadkach przez lekarza dyżurnego. Lekarz dyżurny przekazuje podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta.
21. Odwiedziny pacjenta mogą odbywać się w godzinach 15.00 – 19.00 lub w indywidualnych przypadkach zgodnie z decyzją kierownika/koordynatora.
22. Do oddziału należy wchodzić bez wierzchnich okryć i bagażu.
23. Bez zgody lekarza nie można zabierać pacjentów poza teren szpitala.
24. Wypisanie ze Szpitala, poza szczególnymi wypadkami, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia,
 - 2) na żądanie pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza przepisy porządkowe, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo zdrowia innych osób.
25. Wypisy planowe odbywają się od poniedziałku do piątku.

4. Oddział Terapii Uzależnień

§ 16

Cel: Leczenie uzależnień w tym świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu, środków psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych (zaburzeń nawyków i popędów).

1. Diagnozowanie pacjentów – diagnoza nozologiczna i problemowa,
2. Kształtowanie motywacji pacjentów do konstruktywnych zmian w życiu,
3. Kompleksowe oddziaływanie terapeutyczne mające za zadanie identyfikację pacjenta z objawami uzależnienia – uzyskanie przez pacjentów tożsamości osoby uzależnionej,
4. Wielopłaszczyznowa edukacja dotycząca: objawów choroby, psychologicznych mechanizmów uzależnienia, skutków uzależnienia,
5. Oddziaływania psychologiczne uświadamiające destrukcję, jaką w ich życiu spowodowało uzależnienie,
6. Kształtowanie u pacjentów umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia poprzez równe formy pracy psychoterapeutycznej,
7. Nauka utrzymania abstynencji w oparciu o własne zasoby oraz systemy wsparcia w sytuacjach stresu i kryzysu,
8. Indywidualizacja programu terapii zgodnie z potrzebami i możliwościami pacjenta poprzez wprowadzenie Osobistego Planu Terapii,
9. Opieka poszpitalna dla absolwentów terapii oraz wsparcie ich rodzin,

10. Motywowanie do kontynuacji terapii w ambulatoryjnych placówkach odwykowych oraz uczestnictwa w ruchach samopomocowych i korzystania z poszpitalnych form pomocy.

Zadania:

1. Opracowanie diagnozy nozologicznej i problemowej,
2. Praca nad motywacją pacjenta do wprowadzania konstruktywnych zmian w życiu,
3. Praca nad uzyskaniem przez pacjenta tożsamości osoby uzależnionej i akceptacją uzależnienia,
4. Prowadzenie zajęć edukacyjnych dotyczących objawów uzależnienia, psychologicznych mechanizmów uzależnienia, skutków nałogu,
5. Praca nad rozpoznaniem przez pacjenta obszarów destrukcji wynikających z uzależnienia,
6. Prowadzenie treningów umiejętności społecznych,
7. Odkrywanie zasobów pacjenta oraz pomoc w budowaniu sieci wsparcia,
8. Opracowanie Osobistych Planów Terapii dla każdego pacjenta,
9. Prowadzenie psychoterapii indywidualnej i grupowej,
10. Zapewnienie konsultacji różnych specjalistów (psycholog, psychiatra, pracownik socjalny),
11. Organizacja Zjazdów Absolwentów i ich rodzin,
12. Prowadzenie e-usług,
13. Motywowanie do kontynuowania terapii w placówkach ambulatoryjnych i korzystanie z wszelkich dostępnych form pomocy.

Zakres działania:

Leczenie uzależnień spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych (zaburzeń nawyków i popędów).

W skład oddziału wchodzi:

1. Sale chorych,
2. Dyżurka pielęgniarek,
3. Gabinet zabiegowy,
4. Pomieszczenia gospodarcze,
5. Węzły sanitarne,
6. Aneks kuchenny dla pacjentów,
7. Sala telewizyjna,
8. Sale terapeutyczne,
9. Gabinet kierownika oddziału,
10. Gabinety terapeutów,
11. Gabinet psychologa,
12. Sekretariat.

Personel oddziału:

1. Kierownik oddziału,
2. Psycholog,
3. Lekarz psychiatra,

4. Instruktor terapii uzależnień,
5. Specjaliści psychoterapii uzależnień,
6. Pielęgniarka koordynująca,
7. Pielęgniarki zmianowe.
8. Salowe.

Zasady funkcjonowania:

1. Kwalifikację do OTU prowadzi kierownik oddziału, po zakwalifikowaniu wyznacza termin terapii, biorąc pod uwagę dostępność miejsc oraz stan pacjenta. Ostatecznie o przyjęciu decyduje lekarz w Izbie Przyjęć po dokonaniu oceny aktualnego stanu zdrowia pacjenta.
2. Program terapeutyczny OTU trwa 8 tygodni.
3. Z chwilą przyjęcia do oddziału pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta albo opiekunów ustawowych o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce jej udostępnienia.
4. Każdy pacjent ma obowiązek przestrzegania Regulaminu Oddziału oraz Kontraktu Terapeutycznego,
5. W poszczególnych salach przebywają pacjenci tej samej płci.
6. Nieprzestrzeganie ustalonych zasad może być traktowane jako decyzja o rezygnacji z leczenia w oddziale.
7. Cisza nocna w oddziale obowiązuje od godz. 22.00 do 6.00. W tym czasie pacjenci zobowiązani są do zachowania nie zakłócającego spokoju, ciszy ani wypoczynku nocnego innym pacjentom. Możliwe jest przebywanie w części wspólnej oddziału w trakcie trwania ciszy nocnej np. w celu pisania prac, za zgoda personelu dyżurnego do godz. 23.00. Badanie alkomatem może być wykonane również w godzinach obowiązywania ciszy nocnej.
8. Wszyscy uczestnicy terapii mają obowiązek punktualnego przychodzenia na zajęcia oraz poddawania się wszystkim badaniom zleconym przez personel medyczny.
9. Wykonywanie zadań indywidualnych ustalonych przez terapeutów jest obowiązkowe. Informacja o tematach zadań i ich realizacji wpisywana jest do Osobistego Planu Terapii.
10. Każdy pacjent ma możliwość uczestnictwa w mitingach AA, zgodnie z podanymi terminami na terenie szpitala.
11. Praca terapeutyczna w oddziale odbywa się w następujących formach: sesje psychoterapii grupowej, sesja psychoterapii indywidualnej z terapeutą lub psychologiem, praca własna pacjenta nad zadaniami z Osobistego Planu Terapii.
12. Zasady pracy grupy terapeutycznej określa Kontrakt Terapeutyczny.
13. Rozkład pracy terapeutów i psychologa ustala kierownik oddziału w porozumieniu z Dyrektorem.
14. Lekarz samodzielnie ustala czas pracy w porozumieniu z Dyrektorem.
15. Rozkład pracy pielęgniarek ustala pielęgniarka koordynująca w porozumieniu z przełożoną pielęgniarek.
16. Rozkład dnia oddziału określa Tygodniowy Plan Terapii.

5. Oddział Detoksykacji

§ 17

Cel:

1. Medyczne oddziaływanie prowadzące do leczenia alkoholowego zespołu abstynencyjnego oraz jego powikłań - farmakoterapia,
2. Wstępne rozpoznanie problemów somatycznych pacjenta,
3. Oddziaływanie psychoterapeutyczne - edukacyjno-motywacyjne, pozwalające na uzyskanie przez pacjentów oddziału motywacji do leczenia uzależnienia oraz
4. Rozpoznanie problemów wynikających z przewlekłego nadużywania alkoholu,
5. Wstępna diagnoza psychologiczno-terapeutyczna problemów pacjenta wynikających z uzależnienia.

Zadania:

1. Detoksykacja osób z uzależnieniem od alkoholu, leczenie zespołów abstynencyjnych i psychoz alkoholowych.
2. Psychoedukacja – program edukacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i terapia indywidualna.
3. Konsultowanie chorych z innych oddziałów i izby przyjęć.
4. Uzyskanie przez pacjentów informacji na temat objawów choroby alkoholowej i jej skutków,
5. Zmotywowanie pacjenta do podjęcia leczenia w oddziale terapii uzależnień lub innej placówce lecznictwa odwykowego,
6. Uzyskanie informacji na temat sposobów i form leczenia zespołu uzależnienia od alkoholu,
7. Skierowanie pacjenta w związku z rozpoznanymi zaburzeniami somatycznymi do podstawowej opieki zdrowotnej lub innej specjalistycznej.

Zakres działania:

Leczenie zespołów abstynencyjnych spowodowanych nadużywaniem alkoholu – zespół abstynencyjny (F10.0, F10.3, F10.4, F19.3, F19.4, F13).

W skład oddziału wchodzi:

1. Sale chorych
2. Gabinet lekarski
3. Gabinet pielęgniarki oddziałowej/koordynującej
4. Dyżurka pielęgniarska
5. Gabinet zabiegowy,
6. Pomieszczenia gospodarcze,
7. Węzły sanitarne.

Personel oddziału:

1. Kierownik/koordynator oddziału
2. Lekarze asystenci
3. Terapeuta uzależnień
4. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca,
5. Pielęgniarki zmianowe,

6. Salowe.

Zasady funkcjonowania:

1. Do oddziału przyjmowani są pacjenci kierowani przez lekarza.
2. Z chwilą przyjęcia do oddziału pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta albo opiekunów ustawowych o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce jej udostępnienia.
3. W poszczególnych salach przebywają pacjenci tej samej płci.
4. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie, powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
5. Okres pobytu w oddziale każdorazowo jest uzgadniany indywidualnie i zależny od psychofizycznego stanu pacjenta oraz jego motywacji do podjęcia leczenia.
6. W czasie pobytu w oddziale pacjenci zgodnie ze wskazaniami medycznymi są dodatkowo konsultowani u lekarzy specjalistów.
7. Odwiedziny pacjenta mogą odbywać się w godzinach 15.00 – 19.00.
8. Pacjent deklarujący chęć podjęcia dalszej terapii uzależnienia od alkoholu i spełniający warunki kwalifikacji ma możliwość podjęcia leczenia w Oddziale Uzależnienia od Alkoholu.
9. Termin przyjęcia do Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu uwarunkowany jest od wolnych miejsc w oddziale.
10. Rozkład pracy pielęgniarek, personelu średniego i pomocniczego ustala pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca w porozumieniu z Dyrektorem ds. Pielęgniarstwa.
11. Codzienna organizacja pracy w oddziałach odbywa się wg następującego rozkładu:
 - 1) 6⁰⁰ - 8¹⁵ zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne, porządkowe, śniadanie;
 - 2) 8¹⁵ - 12³⁰ obchody i konsultacje lekarskie, zabiegi diagnostyczne, lecznicze i terapeutyczne;
 - 3) 12³⁰ - 13⁰⁰ obiad;
 - 4) 13⁰⁰ - 14⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów;
 - 5) 14⁰⁰ - 16³⁰ zajęcia terapeutyczne, zebrania społeczności, wyjścia na spacer,
 - 6) 16³⁰ - 18³⁰ zabiegi lecznicze, pielęgnacyjne i porządkowe, kolacja;
 - 7) 18³⁰ - 22⁰⁰ czas do dyspozycji pacjentów, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, wieczorny obchód sal przez pielęgniarkę;
 - 8) 22⁰⁰ - 6⁰⁰ cisza nocna.

II. Poradnie Specjalistyczne

1. Gabinet Promocji Zdrowia

§ 18

Gabinet Promocji Zdrowia jest komórka realizującą świadczenia zdrowotne w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, Główne działania:

- 1) Projektowanie i wdrażanie wewnętrznych programów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, realizujących zadania zewnętrzne, determinowane założeniami programów zdrowotnych ogólnopolskich, wojewódzkich i lokalnych.

- 2) Organizowanie i przeprowadzanie szkoleń adresowanych do personelu szpitala w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w celu podwyższenia jakości świadczeń medycznych i opieki zdrowotnej.
- 3) Opracowanie metodyczne materiałów edukacyjnych adekwatnych do zapotrzebowania.
- 4) Prowadzenie poradnictwa indywidualnego, realizowanego w formie bieżącej edukacji, wspomagającej leczenie zasadniczej i współistniejących jednostek chorobowych.
- 5) Współpraca z lokalnymi jednostkami administracji realizującymi zadania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
- 6) Prowadzenie zdrowotnej edukacji medialnej.
- 7) Monitorowanie zakażeń szpitalnych - uzyskanie danych o zakażeniach występujących w szpitalu, wykorzystanie tych danych w edukacji personelu.
- 8) Opracowywanie, wdrażanie i monitorowanie skuteczności procedur, standardów kontroli zakażeń szpitalnych.

III. Pracownie Diagnostyczne

§ 19

1. Pracownia badań EKG i EEG wykonuje badania EEG i EKG.
2. Pracownia świadczy usługi na rzecz pacjentów szpitalnych oraz ambulatoryjnych.
3. Świadczenia udzielane są na podstawie skierowania nieodpłatnie oraz bez skierowania za odpłatnością.
4. Na wezwanie lekarza pełniącego dyżur w oddziale, w uzasadnionych przypadkach, istnieje możliwość wykonania badania diagnostycznego również poza godzinami urzędowania pracowni.

1. Pracownia Badań EEG i EKG

§ 20

W skład pracowni EEG i EKG wchodzi:

1. Pokój badań.
2. Poczekalnia.

Personel pracowni:

1. Pielęgniarka

Zadania pracowni EEG i EKG:

1. Przyjmowanie zleceń i ustalanie kolejności badań.
2. Wykonywanie badań dla chorych posiadających skierowanie z poradni.
3. Wykonywanie badań dla chorych hospitalizowanych w szpitalu.
4. Prowadzenie dokumentacji pracowni zgodnie z procedurą.

Rozkład dnia pracowni EEG i EKG:

Godz. 07.00 - 14.35 przygotowanie pokoju i aparatury do badań, wykonywanie badań EEG i EKG pacjentom, opisywanie badań i wydawanie wyników, prowadzenie dokumentacji medycznej, sprzątanie pokoju badań, wydawanie wyników.

IV. Inne komórki organizacyjne w opiece szpitalnej

1. Izba Przyjęć

§ 21

- 1) Izba przyjęć jest komórką organizacyjną Szpitala.
- 2) Do zadań Izby Przyjęć należy:
 - a) Wykonywanie badań lekarskich chorych zgłaszających się do szpitala,
 - b) Przyjmowanie do szpitala chorych, zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - c) Udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - d) Udzielanie pierwszej pomocy o której mowa w art. 237^{1a} Kodeksu pracy
 - e) Uzupełnienie dokumentacji związanej z przyjęciem chorego oraz elektronicznie w odpowiednich programach KS-PPS i MEDICOM :
 - potwierdzenie uprawnienia do świadczeń w systemie E-WUŚ
 - księdze głównej przyjęć i wypisów,
 - księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć,
 - księdze oczekujących na przyjęcie do szpitala,
 - rejestr osób przyjętych do szpitala bez zgody
 - rejestr osób przyjętych z nakazem internacji
 - rejestr osób przyjętych na obserwacje sądowo-psychiatryczne
 - f) Założenie historii choroby oddziału psychiatrycznego zawierającej dokumenty:
 - karta indywidualnej pielęgnacji,
 - karta obserwacji, w tym karta gorączkowa,
 - karta wywiadu epidemiologicznego
 - karta zleceń lekarskich,oraz dodatkowe dokumenty jeżeli są wymagane:
 - załącznik do historii choroby – szpitala psychiatrycznego w sprawie przyjęcia na mocy art.: 22 - 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego,
 - zawiadomienie o przyjęciu do szpitala lub zatrzymaniu w szpitalu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody,
 - zawiadomienie Dyrektora Szpitala o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie art.18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego
 - zawiadomienie o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie przebywającej w szpitalu bez jej zgody – na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- 3) W skład personelu Izby Przyjęć wchodzi:
 - a) lekarz Izby Przyjęć
 - b) pielęgniarki Izby Przyjęć
- 4) Nadzór nad Izbą Przyjęć sprawuje Dyrektor ds. Medycznych.

- 5) Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie:
 - a) planowanym
 - b) nagłym
- 6) Przyjęcie planowane następuje na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza specjalisty na druku skierowania do szpitala psychiatrycznego.
- 7) Przyjęcia planowane dokonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 - 15.00. Po przyjęciu pacjent jest kierowany do właściwego oddziału przez pielęgniarkę Izby Przyjęć lub pielęgniarkę danego oddziału.
- 8) Przyjęcia w trybie nagłym dokonywane są przez całą dobę. Po wykonaniu czynności związanych z przyjęciem do Szpitala pacjent kierowany jest do właściwego oddziału szpitalnego w towarzystwie pielęgniarki Izby Przyjęć lub pielęgniarki oddziału.
- 9) W przypadku braku miejsc na danym oddziale lub z przyczyn obiektywnych (dotyczących pacjenta) przesuwa się termin ustalonego przyjęcia planowego poprzez wpisanie do księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala.
- 10) Pacjent jest badany przez lekarza określonego oddziału, bądź wskazanego przez niego lekarza
- 11) W procedurze postępowania z pacjentami, których tożsamości nie można ustalić z powodu braku dokumentów, braku osób bliskich, utrudnionego kontaktu z powodu zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności – obowiązuje zasada zgłaszania na Policję i odnotowania w dokumentacji medycznej Izby Przyjęć przyjęcia pacjenta o nieznanym nazwisku i pochodzeniu.
- 12) Pracownicy oddziału mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonej tożsamości oraz wpisania w dokumentację medyczną oddziału charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, godzina, miejsce, z którego został przywieziony, jak również podjęcia prób identyfikacji pacjenta na podstawie znalezionych przy pacjencie adresów, telefonów).
- 13) Jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do leczenia szpitalnego, lekarz i pielęgniarka Izby Przyjęć po założeniu historii choroby wpisują informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala w tym dane identyfikujące pacjenta:
 - a) Nazwisko, Imię,
 - b) Datę urodzenia,
 - c) Oznaczenie płci,
 - d) Adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - e) Numer PESEL,
 - f) Dane identyfikujące lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne i dane lekarza kierującego,
 - g) Imię i nazwisko osoby, której można udzielić informacji lub zawiadomić o stanie zdrowia pacjenta,
 - h) Istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego uzyskane w toku badania lub konsultacji a w szczególności:

- opis wykonywanych czynności lekarskich lub pielęgniarских,
- rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- na zlecenie lekarza badanie alkoestem poziomego alkoholu w wydychanym powietrzu,
- informacje o wydanych orzeczeniach lub zaświadczeniach.

2. Dział Farmacji

§ 22

- 1) Zadaniem Działu Farmacji jest zaopatrywanie szpitala w leki, materiały medyczne i środki dezynfekcyjne.
- 2) Dział Farmacji zobowiązany jest zabezpieczyć szpital w odpowiedni zapas środków farmaceutycznych i materiałów medycznych niezbędnych do jego prawidłowego funkcjonowania. Ponadto Dział Farmacji winny właściwie je przechowywać w sposób zapewniający ich trwałość.
- 3) Dział Farmacji wydaje leki na podstawie odpowiednich recept lekarskich oraz prowadzi kontrole jakości i tożsamości leków nabytych.
- 4) Godziny otwarcia Działu Farmacji, jak i godziny wydawania środków farmaceutycznych i materiałów medycznych na poszczególne oddziały ustala kierownik Działu Farmacji po zasięgnięciu opinii Dyrektora ds. Medycznych.
- 5) Dział Farmacji wykonuje swoje czynności przy pomocy własnego personelu fachowego.
- 6) Dział Farmacji wydaje środki farmaceutyczne i materiały medyczne na podstawie recept lub zapotrzebowań podpisanych przez lekarzy kierowników poszczególnych oddziałów.
- 7) Środki farmaceutyczne i materiały medyczne są wydawane po uprzednim ich sprawdzeniu przez personel fachowy, osobom uprawnionym do odbioru, za pokwitowaniem na oryginałach recept lub zapotrzebowań.
- 8) Dział Farmacji opracowuje i sporządza plany zaopatrzenia szpitala w środki farmaceutyczne i materiały medyczne, uczestniczy w przetargach współpracując z odpowiednim personelem administracyjnym.
- 9) Na czele Działu Farmacji stoi kierownik bezpośrednio podległy Dyktorowi ds. Medycznych.

3. Dział Fizjoterapii

§ 23

W skład Działu Fizjoterapii wchodzi Gabinet: Fizykoterapii, Kinezyterapii i Hydroterapii wykonujące zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii i hydroterapii. Gabinet kinezyterapii prowadzi kinezyterapię zgodnie ze zleconym programem ćwiczeń.

- 1) Świadczenia ambulatoryjne w Dziale Fizjoterapii są udzielane ubezpieczonemu na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz bez skierowania za odpłatnością. Cennik usług stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
- 2) Ubezpieczenie pacjenta sprawdzane jest w systemie E-WUŚ. W przypadku negatywnej weryfikacji pacjent zobowiązany jest przedstawić dokument ubezpieczenia.

- 3) Przyjmowanie pacjentów odbywa się bez zbędnej zwłoki. Jeśli jest to niemożliwe, tworzy się listę osób oczekujących.
- 4) Ustalanie kolejności przyjęć w dniu zgłoszenia ma charakter wyłącznie porządkowy.
- 5) Czas pracy gabinetu wg harmonogramu.

4. Statystyka Medyczna i Dokumentacja Chorych

§ 24

Statystyka medyczna i Dokumentacja Chorych czuwa nad sprawną i bezpieczną obsługą obiegu dokumentacji medycznej pacjentów przebywających w Szpitalu.

- 1) Kontroluje status ubezpieczenia chorych i uprawnienia do korzystania ze świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Agreguje informacje odnoszące się do liczby pacjentów, klasyfikuje według kodów rozpoznań, według kodów procedur medycznych, analizuje dane dotyczące liczby leczonych, wypisanych i zmarłych chorych. Dokonuje obliczeń wskaźników statystycznych dotyczących obłożenia, średniego wykorzystania łóżka szpitalnego, średniego czasu pobytu chorych na oddziale, przelotowości i śmiertelności na poszczególnych oddziałach.
- 3) Do zadań należy także przygotowywanie analiz z działalności Szpitala Dyrekcji i Kierownikom z podziałem na poszczególne oddziały.
- 4) Wprowadza dane do programu elektronicznej wymiany danych MEDICOM i KS PPS z NFZ. Wysyła dane, komunikuje i przygotowuje sprawozdania Finansowe do Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie.
- 5) Załatwia i rejestruje zgony oraz wszelkie sprawy z tym związane.
- 6) Wydawanie dokumentacji na zewnątrz szpitala (po uzgodnieniu z Dyrektorem),
- 7) Ewidencjonowanie dokumentacji medycznej, jej segregowanie i katalogowanie.

5. Międzyoddziałowa Pracownia Plastyczna

§ 25

- 1) Międzyoddziałowa Pracownia Plastyczna jest komórką realizującą terapii zajęciowej w różnych formach dla pacjentów szpitala oraz wykonuje zadania dotyczące informacji wizualnej Szpitala.
- 2) Pracownik odpowiedzialny za Międzyoddziałową Pracownię Plastyczną podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa.

ROZDZIAŁ IV.

ZADANIA I ZAKRES FUNKCJONOWANIA ADMINISTRACYJNYCH I GOSPODARCZYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

1. Sekretariat Dyrektora

§ 26

Do zadań sekretariatu należy:

- 1) prowadzenie dziennika korespondencji Szpitala,
- 2) rejestr i kontrola terminowego załatwiania spraw,
- 3) prowadzenie rejestru skarg i zażaleń,
- 4) przyjmowanie i wysyłanie korespondencji Szpitala
- 5) odbiór korespondencji z Urzędu pocztowego,
- 6) prowadzenie dokumentacji dotyczącej:
 - rejestracji w KRS,
 - rejestracji w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Warmińsko-Mazurskiego,
 - Rady Społecznej (uchwały, protokoły z posiedzenia),
 - Pacjentów skierowanych do leczenia na podstawie postanowienia sądu,

7) ustalanie terminów przyjęć pacjentów i pracowników do Dyrektora.

Zadania Sekretariatu Dyrektora realizuje Sekretarka, która podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPSPZOZ. Szczegółowy zakres obowiązków znajduje się w aktach osobowych pracownika.

2. Dział Ekonomiczno – Finansowy

§ 27

Działem Ekonomiczno – Finansowym kieruje Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych/Główny Księgowy

- 1) **Dyrektor ds. Ekonomiczno -Finansowych/Główny Księgowy** bezpośrednio podlega Dyrektorowi Szpitala.
- 2) Do zadań **Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych/Głównego Księgowego** należy:
 - a) Prowadzenie skomputeryzowanej rachunkowości jednostki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
 - b) Prowadzenie ewidencji analitycznej kosztów, magazynów i środków trwałych.
 - c) Wyprowadzanie różnic inwentaryzacyjnych.
 - d) Obliczanie poborów, podatków i składek ZUS.
 - e) Opracowanie projektów planów rzeczowo-finansowych.
 - f) Wstępna i bieżąca kontrola wewnętrzna operacji gospodarczych i finansowych i ich zgodności z planem finansowym.
 - g) Sporządzanie sprawozdawczości finansowej.

- h) Nadzorowanie prawidłowości wykorzystania środków pieniężnych pochodzących z dotacji.
 - i) Zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłat zobowiązań.
 - j) Prowadzenie kasy i depozytów pieniężnych oraz przedmiotów wartościowych.
 - k) Prowadzenie ewidencji analitycznej kosztów.
- 3) **Dyrektorowi ds. Ekonomiczno- Finansowych/ Głównemu Księgowemu** podlegają następujące stanowiska :
- a) z-cy głównej księgowej,
 - b) księgowy finansowo-księgowy i analiz ekonomicznych,
 - c) księgowy d/s płac,
 - d) kasjerka
 - e) specjalista ds. pracowniczych
 - f) statystyk medyczny
4. Szczegółowe zakresy obowiązków na stanowiskach pracy ustala **Dyrektor ds. Ekonomiczno- Finansowych/Główny Księgowy** w oparciu o obowiązujące przepisy, a zatwierdza Dyrektor Szpitala.

3. Dział Techniczno – Eksploatacyjny

§ 28

Działem Techniczno – Eksploatacyjnym kieruje Dyrektor ds. Techniczno – Eksploatacyjnych.

W skład Działu Techniczno-Eksploatacyjnego wchodzi:

- Sekcja Techniczno-Eksploatacyjna:
 - eksploatacja,
 - kotłownia;
 - Sekcja Żywienia
 - kuchnia
 - zaopatrzenie i magazyny
1. Sekcją Techniczno-Eksploatacyjną kieruje Kierownik Sekcji Eksploatacyjnej, który bezpośrednio podlega Dyrektorowi ds. Techniczno-Eksploatacyjnych.
- 1) Do zadań Sekcji Techniczno-Eksploatacyjnej należy:
- a) Organizowanie i prowadzenie działalności administracyjno-gospodarczej i zaopatrzenia stosownie do potrzeb komórek działalności podstawowej,
 - b) Utrzymanie pomieszczeń Szpitala i jego otoczenia w należytej czystości i porządku,
 - c) Zlecanie remontów wykonawcom zewnętrznym zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych;
 - d) Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości gospodarki paliwowo – energetycznej (urządzeń energetycznych, instalacji gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji alarmowych i sygnalizacyjnych), sprzętu techniczno –

gospodarczego jak; urządzeń kuchni, pralni, transportu wewnętrznego, a w szczególności;

- e) Sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, instalacji oraz sprzętu i aparatury
- f) Prowadzenie okresowych inspekcji i przeglądów nieruchomości, instalacji oraz sprzętu i aparatury w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjnych,
- g) Organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania środków rzeczowych i finansowych,
- h) Ustalanie zasad, programów i planów i zabiegów konserwacyjnych oraz modernizacji instalacji energetycznych, sanitarnych i funkcjonalnych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień,
- i) Zapewnienie niezbędnej konserwacji, przeglądów okresowych napraw i remontu sprzętu i aparatury medycznej poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,
- j) Zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami o prowadzeniu paszportów technicznych z wymaganiami eksploatacyjnymi,
- k) Sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne.

2) W Sekcji Techniczno-Eksploatacyjnej zadania realizują:

- a) Obsługa: placowy, pracownik gospodarczy, ogrodnik, elektryk, malarz, hydraulik
- b) Kotłownia - palacze C.O.

2. Sekcją Żywienia kieruje Kierownik Sekcji żywienia, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Techniczno-Eksploatacyjnych.

1) Do zadań Sekcji Żywienia należy;

- a) Planowanie zaopatrzenia w żywność bieżącą, zgodnie z potrzebami prawidłowego żywienia chorych,
- b) kontrola jakości produktów żywnościowych,
- c) nadzorowanie stanu sanitarnego pomieszczeń i urządzeń sekcji żywienia,
- d) sporządzanie potraw i wydawanie posiłków na oddziały,
- e) prowadzenie całości spraw zaopatrzenia i remontów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych,
- f) sporządzanie raportów diet i zapotrzebowań na artykuły żywnościowe (dziennie i zastawienia miesięczne),
- g) Sporządzanie kalkulacji żywnościowej, pobieranie i wpłacanie do kasy jednostki opłat za posiłki i prowadzenie rozliczeń kwot wydawanych na potrzeby żywnościowe.

2) W Sekcji żywienia zadania realizują kucharki, pomoce kuchenne.

3. Zaopatrzenie i magazyny - pracownicy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. Techniczno-Eksploatacyjnych.

1) Do zadań zaopatrzenia i magazynów należy:

- a) Organizowanie i prowadzenie zaopatrzenia stosownie do potrzeb komórek organizacyjnych.
- b) Prowadzenie całości spraw zaopatrzenia zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych.
- c) Sporządzanie zestawień grup materiałowych (w zależności od miejsc kupowania) pod względem wielkości ilości i kosztów.
- d) Sporządzanie dokumentacji przy zakupach poniżej 135 000,0 zł, w przypadku konieczności zakupu powyżej kwoty 135 000,00 zł zgłoszenie przełożonemu, celem przeprowadzenia postępowania przetargowego w formie zaproszenia do złożenia oferty.
- e) Kontrolowanie ilości, zgodności cen z ofertami przetargowymi, jakości oraz terminu ważności kupowanych towarów.
- a) Współpraca z sekcją żywienia w sprawie ilości i asortymentu zakupów żywności
- b) Przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie produktów spożywczych i innych.
- c) Prowadzenie dokumentacji magazynowej.
- d) Prowadzenie zapisów w magazynie spożywczym podyktowanym instrukcją GMP i GHP.

2) Zadania realizuje magazynier-zaopatrzeniowiec.

ROZDZIAŁ VII

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§ 29

1. Właściwy przepływ informacji poprzez obieg pism od chwili ich powstania lub wpływu do czasu ich wysłania, przekazania do właściwej komórki organizacyjnej bądź składnicy akt reguluje Instrukcja Obiegu Dokumentów oraz Instrukcja Kancelaryjna.
2. Medyczne komórki organizacyjne Szpitala współdziałają z pozostałymi komórkami organizacyjnymi w sprawie sprzętu, aparatury medycznej, leków i środków opatrunkowych oraz innych środków niezbędnych do ich właściwego funkcjonowania.

ROZDZIAŁ VIII

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA PACJENTÓW I CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA

§ 30

W przypadku braku możliwości prowadzenia bądź kontynuowania procesu diagnostyczno - terapeutycznego w oparciu o siły i środki merytoryczno - techniczne szpitala, celem zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości oraz skuteczności postępowania, szpital współdziała z innymi zakładami opieki zdrowotnej w oparciu o:

1. Postanowienia wynikające z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
2. Indywidualne umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital zleca konsultacje innym lekarzom w zakresie specjalności niewystępujących w szpitalu takich jak: neurolog, chirurg, laryngolog, ginekolog, okulista i inne.
4. Tryb przeprowadzania konsultacji oraz zasady wynagradzania lekarzy konsultantów za wykonane czynności, określają odrębne umowy.
5. O udzieleniu konsultacji przez pracowników Szpitala innym jednostkom decyduje Dyrektor ds. Medycznych.
6. Transport pacjentów przenoszonych do innych szpitali organizuje i opłaca Szpital wysyłający.
7. Szpital udostępnia dokumentację medyczną jednostce, której został przekazany pacjent.
8. Pacjenci wypisani ze Szpitala otrzymują:
 - a) kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie,
 - b) wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania,
 - c) wskazówki dalszego postępowania.
9. Szpital w czasie przekazania do innej jednostki pacjenta zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom.
10. Przekazanie pacjenta potwierdza jednostka przyjmująca.

ROZDZIAŁ IX

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 31

1. Prawa pacjenta w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej we Fromborku określa osobny dokument Karta Praw Pacjenta. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do udzielania informacji w tym zakresie.

2. Z chwilą przyjęcia pacjenta, pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta albo opiekunów ustawowych o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce jej udostępnienia.
3. Obowiązki pacjenta :
 - 1) Pacjenci nie mogą wychodzić poza teren Szpitala bez wiedzy i zgody personelu medycznego.
 - 2) Choremu nie wolno przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zlecenia lekarza prowadzącego, bądź lekarza dyżurnego.
 - 3) W porze obchodów lekarskich, dokonywania zabiegów diagnostycznych i zajęć terapeutycznych oraz w porze posiłków, chorzy zobowiązani są do przebywania w przeznaczonych dla nich miejscach.
 - 4) Chorego obowiązuje przestrzeganie higieny i czystości osobistej stosownie do stopnia jego sprawności.
 - 5) Chory powinien zachować się kulturalnie, nie zakłócać spokoju ani odpoczynku innym chorym. Pacjentów obowiązuje cisza nocna w godzinach 22.00 – 06.00.
 - 6) Zabrania się uprawiania przez chorych gier hazardowych, posiadania i używania napojów alkoholowych, posiadania, używania, rozprowadzania substancji psychoaktywnych zabronionych prawem, oraz zajmowania się jakimkolwiek handlem na terenie szpitala.
 - 7) Zabrania się zachowywania się nieobyczajnego szczególnie do płci przeciwnej.
 - 8) Pacjenci zobowiązani są do szanowania mienia będącego własnością Szpitala.
 - 9) Karta praw i obowiązków pacjenta znajduje się na tablicach ogłoszeń oraz w dyżurkach pielęgniarskich w oddziałach.
 - 10) Pacjentowi nie wolno wnosić na teren szpitala i posiadać na jego terenie jakiejkolwiek broni, amunicji oraz gotowych lub obrobionych istotnych części broni.
 - 11) Zabrania się jakichkolwiek form produkcji, posiadania i rozpowszechniania papierosów bez akcyzy oraz wykonywanych samodzielnie.
 - 12) Ze względów epidemiologiczno-sanitarnych w trakcie hospitalizacji zabrania się wykonywania zabiegów nie mających związku z hospitalizacją i procesem leczenia, związanych z przerywaniem ciągłości tkanek (np. piercing, tatuaże) a także nabywania i używania przedmiotów mających kontakt ze służówkami i spojówkami, nie przepisanych przez lekarza.
 - 13) Zabrania się nagrywania, zapisywania i rozpowszechniania wizerunku pacjentów oraz udostępniania ich danych osobowych. W przypadku stwierdzenia naruszenia w/wym. zakazu personel może zażądać usunięcia nagrania i złożenia sprzętu nagrywającego do depozytu szpitalnego.
 - 14) Spotkania pacjentów z osobami odwiedzającymi mogą odbywać się wyłącznie w miejscach wskazanych przez personel.
 - 15) Pacjentom i osobom odwiedzającym zabrania się manipulowania przy aparaturze medycznej, odbiornikach radiowo-telewizyjnych, urządzeniach i instalacji elektrycznej, gazowej, wodnej, wentylacyjnej itp.

ROZDZIAŁ X

TRYB SKŁADANIA SKARG I WNIOSKÓW

§ 32

1. Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo do pomocy w ochronie praw wynikających z opieki nad pacjentami przysługuje również przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu osoby korzystającej ze świadczeń w szpitalu psychiatrycznym.
2. Osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny oraz ich opiekunowie mają w szczególności prawo do:
 - 1) Przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta,
 - 2) Spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby
 - 3) Uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.
3. Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że te prawa zostały naruszone, może:
 - 1) Zwrócić się z interwencją do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia zdrowotne, a następnie do Dyrektora Szpitala;
 - 2) W razie niezadowolającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie przez Radę Społeczną Szpitala a następnie do organu, który utworzył Szpital;
 - 3) Zwrócić się z interwencją do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego Ministerstwa Zdrowia – z siedzibą w SPSPZOZ we Fromborku lub pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa;
 - 4) Zwrócić się z interwencją do Sekcji Skarg i Wniosków Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 5) Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych;
 - 6) Skierować sprawę do sądu powszechnego, jeżeli w wyniku działania lub zaniechania zakładu opieki zdrowotnej lub osoby wykonującej zawód medyczny naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego.

ROZDZIAŁ XI

OBOWIĄZKI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

§ 33

1. W razie śmierci chorego w oddziale Pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub dyżurnego.

2. Lekarz powinien natychmiast dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby dzień i godzinę śmierci.
3. Pielęgniarka zmianowa powinna odnotować dzień i godzinę śmierci w raporcie pielęgniarskim i na karcie gorączkowej.
4. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, Pielęgniarka wypełnia kartę identyfikującą zwłoki, zawierającą datę urodzenia chorego, datę i godzinę śmierci oraz adres zamieszkania. W dwie godziny po zgonie zwłoki zostają przetransportowane do kostnicy. Transport powinien być przeprowadzony w taki sposób, aby nie zwracał uwagi chorych.
5. Sekretarka medyczna oddaje kompletną historię choroby wraz z kartą zgonu wystawioną przez lekarza do Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.
6. O śmierci chorego lekarz leczący lub lekarz dyżurny niezwłocznie zawiadamia rodzinę lub opiekunów zmarłego (w przypadku zgonu obcokrajowca – obowiązek powiadomienia właściwej ambasady).
7. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu mogą być poddane sekcji, chyba, że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy.
8. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ustępie 7 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
9. Kierownik oddziału lub lekarz leczący zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, po zasięgnięciu opinii kierownika właściwego oddziału podejmuje decyzję o przeprowadzeniu lub zaniechaniu sekcji zwłok. W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
10. Przepis ustępu pierwszego nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - 1) Określonych w kodeksie postępowania karnego,
 - 2) Gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) Gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala,
 - 4) Określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
11. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
12. Odbiór zwłok potwierdza się w rejestrze znajdującym się w Izbie Przyjęć.
13. W przypadku przechowywania przez okres dłuższy niż 72 godziny, zgodnie z art. 28 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej) dopuszcza się pobieranie opłaty od osób i instytucji za przechowywanie zwłok. Cennik za przechowywanie zwłok stanowi **załącznik nr 3**.
14. W razie zgonu chorego, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia, działania wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia niezwłocznie powiadamia się organy Policji.

ROZDZIAŁ XII

REGULAMIN DLA OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH CHORYCH

§ 34

1. Wolno odwiedzać chorych przebywających na wszystkich oddziałach szpitalnych.
2. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.
3. Odwiedzanie chorych w oddziałach może odbywać się w dni powszednie w godzinach od 15⁰⁰ do 19⁰⁰, w dni wolne i świąteczne w godzinach od 12⁰⁰ do 19⁰⁰.
4. Poza wyznaczonymi godzinami odwiedzać chorych można tylko za zgodą Kierownika lub lekarza dyżurnego.
5. Odwiedziny pacjentów w Oddziale Terapii Uzależnień z uwagi na prowadzony proces terapeutyczny jest obwarowany odrębnymi zasadami, uzgodnionymi w kontrakcie terapeutycznym i regulaminie oddziału.
6. Chorych mogą odwiedzać osoby pełnoletnie.
7. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać chorych w towarzystwie osoby dorosłej. Kierownik oddziału lub lekarz dyżurny może zezwolić na samodzielne odwiedzanie chorego osobie z najbliższej jego rodziny, która nie osiągnęła pełnoletniości.
8. Nie wolno odwiedzać chorych osobom dotkniętym chorobą zakaźną lub znajdującym się w stanie nietrzeźwym.
9. Chorego mogą równocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby.
10. Osoba odwiedzająca chorego jest obowiązana:
 - 1) Zapoznać się z regulaminem odwiedzin.
 - 2) Zachowywać się w czasie pobytu w szpitalu spokojnie i podporządkować się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
11. Osobom odwiedzającym chorych zabrania się:
 - 1) Dostarczania choremu alkoholu, leków bez wiedzy personelu oraz artykułów niedozwolonych.
 - 2) Palenia tytoniu
 - 3) Siadanie na łózkach,
 - 4) Prowadzenia głośnych rozmów,
 - 5) Wprowadzania (przynoszenia) jakichkolwiek zwierząt,
12. Osoby odwiedzające chorych mogą zwracać się o informacje dotyczące stanu zdrowia chorego do Kierownika oddziału, lekarza leczącego lub w przypadku pacjentów przyjętych do szpitala po godzinie 15.00 w danym dniu - lekarza dyżurnego.
13. Osoby odwiedzające są zobowiązane do przestrzegania niniejszego regulaminu.
14. Wszelkie uwagi osoby odwiedzające mogą zgłaszać Kierownikowi oddziału, lekarzowi dyżurnemu, pielęgniarkom oddziałowym lub pisemnie Dyrekcji Szpitala.

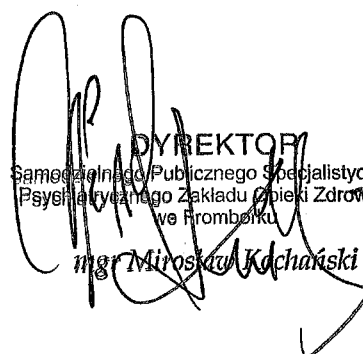
ROZDZIAŁ XIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 35

1. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala.
2. Do spraw nieuregulowanych w niniejszym regulaminie mają zastosowanie obowiązujące przepisy oraz zarządzenia Dyrektora Szpitala.
3. Niniejszy regulamin organizacyjny podlega zaopiniowaniu przez Radę Społeczną SPSPZOZ we Fromborku.
4. Wszelkie zmiany Regulaminu Organizacyjnego dokonywane są zarządzeniem Dyrektora, po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną.
5. Tekst niniejszego regulaminu otrzymują kierownicy komórek organizacyjnych, którzy zobowiązani są do zapoznania z jego treścią podległych im pracowników.

§ 36

1. Regulamin Organizacyjny pozytywnie zaopiniowany uchwałą Rady Społecznej SPSPZOZ we Fromborku nr 6 z dnia 27.10.2022 r.
2. Regulamin Organizacyjny wprowadzony zarządzeniem Dyrektora SPSPZOZ we Fromborku nr 16 z dnia 31.10.2022 r.


DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego
Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
we Fromborku
mgr Mirosław Kuchański

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku
14-530 Frombork, ul. Sanatoryjna 1
NIP 582-14-31-790 REGON 170399007
Tel. (55) 6216 302, Fax. (55) 6216 300