

**Instrukcja została opracowana w oparciu
o następujące akty prawne:**

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2011, Nr 112, poz. 654 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku (Dz. U. z 1998 nr 166 poz. 1265) w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2009, Nr 175, poz. 1362 ze zm.).

O przyjęcie oraz wpisanie na listę oczekujących do pobytu w **Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczego** mogą ubiegać się osoby spełniające następujące kryteria:

-wiek: od 18 roku życia,
-otrzymanie przez świadczeniobiorcę w ocenie skalą poziomu samodzielności Barthel 40 punktów lub mniej oraz konieczność udzielania mu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, przy jednoczesnym braku konieczności hospitalizacji w oddziale szpitalnym.

Do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

DOKUMENTACJA WYMAGANA DO PRZYJĘCIA

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
2. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
3. Wywiad pielęgniarzski i zaświadczenie lekarskie
4. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego / Przebywającego w zakładzie opiekuńczym
5. Decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo reny socjalnej
6. Zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy
7. Decyzji o przyznaniu zasiłku stałego
8. Zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym ze świadczenia wypłacanego przez ten organ
9. Zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę o braku przeciwwskazań do pobytu w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym

W przypadku gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym nie jest wymagany wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie, orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym.

O kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego informuje Kierownik Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.

Jeżeli z powodu braku miejsc świadczeniobiorca nie może być przyjęty, w takim przypadku świadczeniobiorca zostaje wpisany na listę osób oczekujących, o terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego świadczeniobiorca zostanie powiadomiony pisemnie.

Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania jest ustalana w Sekcji Księgowości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach.

Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:

- decyzji organu rentowego albo emerytalno - rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej
- decyzji o przyznaniu zasiłku stałego

W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

WZORY DOKUMENTÓW

1. Wniosek o wydanie skierowania
2. Skierowanie do zakładu
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
4. Karta oceny świadczeniobiorcy
5. Decyzja organu rentowego albo emerytalno –rentowego
6. Decyzji o przyznaniu zasiłku stałego
7. Zgodę świadczeniobiorcy

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

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

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

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)"

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

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

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

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

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

a) odżywianie:

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

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

b) higiena ciała

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

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

c) oddawanie moczu

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

- pielęgnacja
stomii.....
- wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

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

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

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

i) Inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**/**

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

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

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

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO /
PRZYBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

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

.....
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....
.....
.....
.....

.....

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

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 3) W lp. 1 – 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
- 4) Należy wpisać wartość punktową przepisaną wybranej możliwości
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY

.....
(imię i nazwisko osoby kierowanej do ZOL)

.....
(adres zamieszkania, pobytu osoby kierowanej do ZOL)

.....
(PESEL osoby kierowanej do ZOL)

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy przez właściwy organ rentowy, emerytalno – rentowy

.....
ze świadczenia rentowego, emerytalno-rentowego nr

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub jej przedstawiciela ustawowego)