**Manualul calității**

**pentru serviciile de îngrijiri paliative**

**2023**

**Cuprins**

[Abrevieri utilizate - ÎNGRIJIRI PALIATIVE 3](#_Toc153704394)

[Capitolul 1 - Introducere 4](#_Toc153704395)

[1.1. Acreditarea 4](#_Toc153704396)

[1.1.1. Definiție: 4](#_Toc153704397)

[1.1.2. Scopul acreditării: 4](#_Toc153704398)

[1.1.3. Scurt istoric al conceptului de calitate a serviciilor de sănătate: 5](#_Toc153704399)

[1.1.4. Principiile managementului calităţii: 7](#_Toc153704400)

[1.1.5. Obiectivele calităţii în acordarea seviciilor de sănătate: 7](#_Toc153704401)

[1.1.6. Avantajele și beneficiile acreditării pentru unitatea sanitară cu paturi/ambulatoriu/echipe mobile.... 8](#_Toc153704402)

[1.1.7. Avantajele și beneficiile acreditării pentru pacient 9](#_Toc153704403)

[1.2. Beneficiarul Manualului și scopul Manualului 9](#_Toc153704404)

[Capitolul 2. Prezentarea standardelor 9](#_Toc153704405)

[Capitolul 2.1. Îngrijiri paliative- Ambulator 11](#_Toc153704406)

[Capitolul 2.2. Îngrijiri paliative-Unități cu paturi 28](#_Toc153704407)

[Capitolul 2.3. Îngrijiri paliative-Echipe mobile 42](#_Toc153704408)

[Capitolul 3 - Bibliografie și Legislație specifică 56](#_Toc153704409)

#

# Abrevieri utilizate - ÎNGRIJIRI PALIATIVE

ASF – Autorizație Sanitară de Funcționare

CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

DSP – Direcția de Sănătate Publică

DSPJ – Direcția de Sănătate Publică Județeană

ITM - Inspectoratul Teritorial de Muncă

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

FAE – Fișă de Autoevaluare

GDPR - Regulament General de Protecția Datelor

CaPeSaRo – Aplicație informatică „Calitate și performanță în sistemul sănătății publice din România” dezvoltată şi utilizată de ANMCS

ROF – Regulament de Organizare și Funcționare

RI – Regulament Intern

RMC – Responsabil cu Managementul Calității

SMC – Structura de Management al Calității

BCR – Boală Cronică de Rinichi

EAAAM – Evenimente Adverse Asociate Asistenței Medicale

IAAM – Infecții Asociate Asistenței Medicale

INSP – Institutul Național de Sănătate Publică

IP- Îngrijire paliativă

IPP- Îngrijire paliativă pediatrică

CNEPSS – Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate

CNCAN – Comisia Națională de Control al Activității Nucleare

CT – Computer tomograf

RMN – Rezonanță Magnetică Nucleară

US – Unitate sanitară

USA - Unitate Sanitară din Ambulatoriu / Unități Sanitare din Ambulatoriu

USP - Unitate Sanitară cu Paturi

Echipe Mobile ÎPD – Echipa mobilă pentru Îngrijiri Paliative la Domiciliu

# Capitolul 1 - Introducere

## 1.1. Acreditarea

### Definiție:

Acreditarea unităţilor sanitare

* reprezintă procesul de validare a conformităţii caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unităţile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate şi aprobate în condiţiile legii, în urma căruia unităţile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competenţa tehnico-profesională şi organizatorică a acestora.[[1]](#footnote-1)
* este un proces de evaluare externă şi, principial, independentă, realizată de persoane special pregătite pentru aceasta – evaluatori.
* se focalizează pe trei dimensiuni: implementarea sistemului de management al calităţii, organizarea proceselor în vederea acordării serviciilor de sănătate şi îmbunătăţirea practicilor profesionale.

În acest mod, acreditarea priveşte unitatea sanitară ca pe un ansamblu de procese desfășurate de o organizație având ca rezultat serviciile de sănătate centrate pe pacient.

### Scopul acreditării:

* Serviciile de sănătate să fie desfășurate în condiții de siguranță a pacientului, a personalului, a datelor și a mediului;
* Serviciile de sănătate furnizate, să răspundă nevoilor colectivităților deservite;
* Preluarea pacienților de către unitățile sanitare să se facă în limita competențelor și a resurselor acestora.

### Scurt istoric al conceptului de calitate a serviciilor de sănătate:

 Mişcarea modernă pentru garantarea calităţii în domeniul sănătăţii a fost iniţiată în **1917**, când **Colegiul American al Chirurgilor (American College of Surgeons)** a elaborat primul set de standarde minime pe baza cărora spitalele să poată identifica şi îndrepta acele servicii de sănătate care erau deficitare. Această strategie a stat, ulterior, la baza unui proces de acreditare, proces care, din 1951 şi până astăzi, este administrat de Comisia Mixtă de Acreditare pentru Organizaţiile furnizoare de Îngrijiri de Sănătate (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations). În Canada, Consiliul Canadian de Acreditare a Serviciilor de Sănătate - CCHSA, realizează acelaşi proces din 1959.

 În **1966**, **Avedis Donabedian**, în articolul său devenit de referinţă, introduce conceptele de Structură, Proces şi Rezultat, care constituie în ziua de astăzi paradigma dominantă a evaluării calităţii în sănătate. Prin această abordare a evaluării calităţii, Donabedian a schimbat complet viziunea tradiţională asupra sistemelor de sănătate; problemele de sănătate nu vor mai fi privite drept o înlănţuire de evenimente fără legătură, ci ca rezultat al unui proces complex, ghidat de principii generale.

 În anii `80, eşecuri ale proceselor de inspecţie, persistenţa unor deficienţe în asigurarea constantă a unui nivel de calitate satisfăcător, precum şi creşterea costurilor, alături de apariţia unor modele de management în industrie, a determinat, în ţările dezvoltate, o reevaluare a conceptului de calitate bazat pe acreditare şi standarde. Organizaţiile de sănătate din SUA au început testarea filozofiilor industriale privitoare la Procesul de creştere continuă a calităţii (Continuos Quality Improvement - CQI) şi de Management total al calităţii (Total Quality Management - TQM), filozofii iniţiate în 1949, de inginerii japonezi.

 Concomitent, procesul de acreditare a trecut de la inspecţii pasive pentru constatarea nivelului calităţii către promovarea şi aplicarea conceptului de îmbunătăţire a calităţii.

 În anul **1985**, un grup de profesionişti în sănătate se reunesc la Udine, în nordul Italiei, pentru a discuta pe tema asigurării calităţii în medicină. Astfel se pun bazele **Societăţii Internaţionale pentru Calitate în Serviciile de Sănătate (International Society for Quality in Health Care - ISQua)**. Pe măsura trecerii timpului, ISQua a devenit principalul promotor mondial în privinţa calităţii în sănătate. Organizarea conferințelor periodice și publicarea revistei de specialitate de către ISQua , contribuie la promovarea principiilor calității. În 1995, după o întâlnire mondială în care au fost prezentate diferite oferte, se decide ca secreteriatul general al ISQua să fie găzduit de Australia. Organizaţia este non-profit şi este condusă de un consiliu executiv, care este ales o dată la 2 ani de Adunarea generală a membrilor. Membrii Consiliului Executiv sunt reprezentanţi ai ţărilor din Europa, America de Nord şi de Sud şi din regiunea Asia şi Pacific.

 În **Regatul Unit, Serviciul Naţional de Sănătate** îşi asumă o politică formală pentru calitate în **1991** şi adoptă conceptul de îmbunătăţire a calităţii pentru a îl transpune în practica serviciilor de sănătate.

 În **România**, germenii procesului de conștientizare a importanței managementului calității în sănătate apar odată cu semnarea unui program comun al Ministerului Sănătății din România, Asociației Spitalelor din România și Joint Commission International, U.S.A. pentru "**Dezvoltarea unui sistem de standarde de spital si acreditarea spitalelor în Romania**" prin care se înființează **Consiliul de Inițiativă pentru Evaluarea şi Acreditarea Spitalelor în Romania**.

În **2015** Co.N.A.S. devine **Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate** (**A.N.M.C.S.),**  instituție publică cu personalitate juridică, organ de specialitate al administrației publice centrale în domeniul managementului calității în sănătate și organism de acreditare a unităților sanitare.

 **Obiectivele Pal Plan** sunt:

1. să evalueze USA/USP/EchipeMobile ÎP categoriile de unități sanitare din punctul de vedere al calității serviciilor de sănătate și al siguranței pacientului;
2. să elaboreze o metodologie de identificare, raportare și monitorizare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, fără caracter acuzator;
3. să informeze personalul cu atribuții în procesul de management al calității cu privire la asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
4. să informeze pacienții cu privire la calitatea serviciilor de sănătate oferite de unitățile sanitare, pentru creșterea încrederii populației în calitatea serviciilor de sănătate;
5. să pună la dispoziția autorităților centrale decidente informații privind calitatea serviciilor de sănătate și siguranța pacientului;
6. să promoveze conceptul de management al calității în sănătate și siguranței pacientului prin editarea de publicații, elaborarea de materiale promoționale, organizarea de manifestări științifice.

### Principiile managementului calităţii:

Principiile generale ale managementului calităţii, adaptate organizaţiei - USA/USP/EchipeMobile , sunt următoarele:

1. *Orientarea organizaţiei către „pacienți”*. Acest principiu constă în dezvoltarea capacităţilor unității sanitare de a înţelege şi a satisface cerinţele pacienţilor săi. Identificarea cerinţelor, necesităţilor şi aşteptărilor pacienţilor permite transpunerea acestora în specificaţii cu privire la anumite caracteristici de calitate şi care stau la baza serviciilor de sănătate furnizate de unitatea sanitară.
2. *Asigurarea „leadership-ului”*. Acest principiu constă în asigurarea angajamentului personal al managerului general şi a structurii de conducere, de a se implica în implementarea integrată a calităţii. În acest scop, managementul organizaţiei adoptă planuri de dezvoltare, de îmbunătăţire a calităţii, a sistemul de conducere a organizaţiei în sine, a sistemul de instruire internă etc.
3. *Implicarea întregului personal în luarea deciziilor*. Acest principiu constă în dezvoltarea capacităţilor proprii şi asigurarea premiselor pentru a fi posibilă decizia individuală în rezolvarea problemelor de zi cu zi şi de a se implica în proiecte de îmbunătăţire a calităţii.
4. *Abordarea bazată pe proces*. Toate activităţile din organizaţie sunt abordate ca procese documentate şi controlate, pentru a satisface cerinţele pacienţilor şi ale aparţinătorilor. Sunt stabilite responsabilităţi precise pentru conducerea proceselor, cu identificarea interfațării proceselor cu funcţiile organizaţiei.
5. *Abordarea managementului ca sistem*. Identificarea, înţelegerea şi conducerea sistemului de management al calităţii, format din procese intercorelate, pentru obiective date, îmbunătăţeşte eficienţa organizaţiei. Tot personalul cunoaște misiunea şi viziunea organizaţiei și participă la monitorizarea proceselor, după caz.
6. *Îmbunătăţirea continuă a performanţelor*. Implicarea şi consecvenţa la toate nivelurile şi în toate sectoarele de activitate în privinţa creşterii performanţelor USA/USP/EchipeMobile este un proces continuu.

### Obiectivele calităţii în acordarea seviciilor de sănătate:

 Managementul calităţii reprezintă un ansamblu de activităţi având ca scop realizarea unor obiective, prin utilizarea optimă a resurselor. Acest ansamblu cuprinde activităţi de planificare, coordonare, organizare, control şi asigurare a calităţii. USA/USP/Echipe Mobile ÎP îşi propune o serie de "direcții de acțiune" - economice, sociale, tehnice, comerciale, care se realizează prin intermediul unor "obiective operaţionale - specifice":

1. dezvoltarea activității unității sanitare conform nevoilor de sănătate a populației din zona deservită;
2. asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
3. asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita competenței asumate de unitatea sanitară;
4. respectarea demnităţii umane, a principiilor eticii şi deontologiei medicale;
5. implementarea guvernanței clinice, pentru asigurarea serviciilor de sănătate centrate pe pacient;
6. îmbunătățirea eficacității și eficienței proceselor din întreaga organizație prin implementarea protocoalelor de diagnostic și tratament, precum și reglementarea proceselor desfășurate în unitatea sanitară și prin implementarea conceptului de evaluarea a practicii profesionale prin audit clinic și optimizarea procesului decizional;
7. abordarea integrată, interdisciplinară a pacientului în managementul de caz;
8. asigurarea continuității asistenței medicale în cadrul unității sanitare, prin asigurarea resurselor necesare, conform competenței asumate, prin colaborare cu medicii de familie, medicii specialiști din ambulatoriul de specialitate sau alte unități sanitare, după caz;
9. învățarea din erori;
10. formarea și dezvoltarea culturii organizaționale;
11. reducerea pierderilor datorate non-calității;
12. protejarea mediului;
13. un mediu de lucru optim pentru toţi angajaţii.

### Avantajele si beneficiile acreditării pentru unitatea sanitară cu paturi/ambulatoriu/echipe mobile

* Creșterea credibilității USA/USP/EchipeMobile ÎP și a încrederii în serviciile medicale furnizate;
* Creșterea calității și siguranței activității medicale;
* Creșterea încrederii personalului din USA/USP/Echipe Mobile ÎP, contribuind la motivarea acestuia și la formarea culturii organizaționale;
* Creșterea predictibilității activităților USA/USP/Echipe Mobile ÎP;
* Studierea evenimentele adverse ca un proces de învățare din erori;
* Creșterea eficacității și eficienței serviciilor medicale;
* Creșterea satisfacției angajaților;
* Scăderea riscurilor generate de mediul extern.

### Avantajele si beneficiile acreditării pentru pacient

* Creșterea siguranței și a satisfacției pacientului;
* Scăderea riscurilor pentru pacienți, aparținători, angajați, voluntari și elevi/ studenți/rezidenți;
* Reducerea riscului infecțios al mediului de îngrijire;
* Asigurarea transparenței în procesul de acordare a îngrijirilor medicale.
* Creșterea accesibilității populației la ÎP.

## Beneficiarul Manualului și scopul Manualului

Manualul este destinat USA/USP/Echipe Mobile ÎP, pentru a înțelege:

* Care este referențialul de îndeplinit;
* Care sunt obiectivele de îndeplinit;
* Activitățile care sunt de realizat în procesul de implementare a managementului calității;
* Cum își pot aprecia nivelul propriu de complianță cu cerințele standardelor de acreditare.

# Capitolul 2. Prezentarea standardelor

**Descrierea standardelor de acreditare dezvoltate in proiectul Pal Plan.**

Prezentarea standardelor pentru Paliație în ambulatoriu

* Referință (R) - grupare de standarde, criterii și cerințe, având același domeniu de aplicare;
* Standard (S) - reprezintă nivelul de performanță realizabil și măsurabil, agreat de profesioniști și observabil de către populația căreia i se adresează. Este constituit dintr-un set de criterii și cerințe care definesc așteptările privind performanța, structura și procesele dintr-o US;
* Criteriu (Cr) - obiectivul specific de realizat pentru îndeplinirea standardului;
* Cerință (C) - acțiune care trebuie întreprinsă pentru realizarea obiectivului specific.

În Standardele pentru serviciile de sănătate acordate pentru Paliație avem:

* *Ambulatoriu:*
* 1 standard
* 4 criterii și
* 13 cerințe
* *Unitati cu paturi:*
* 1 standard
* 4 criterii
* 13 cerințe
* *Echipe mobile:*
* 1 standard
* 3 criterii
* 10 cerințe

În elaborarea acestor standarde pentru îngrijiri paliative s-a avut in vedere si au fost utilizate principiile enunțate în OMS 253/ 2018, anexa 1 Art 1 si 2.

Principiile îngrijirilor paliative:

 a) îngrijirea paliativă îmbunătăţeşte calitatea vieţii şi influenţează pozitiv evoluţia bolii;

 b) îngrijirea paliativă asigură controlul durerii şi al altor simptome;

 c) îngrijirea paliativă consideră pacientul şi familia acestuia ca pe o unitate de îngrijire;

 d) îngrijirea paliativă afirmă valoarea vieţii şi consideră moartea ca pe un proces natural;

 e) îngrijirea paliativă nu grăbeşte şi nici nu amână decesul;

 f) îngrijirea paliativă integrează aspectele psiho-sociale şi spirituale în îngrijirea holistică a pacientului;

 g) îngrijirea paliativă asigură satisfacerea nevoilor complexe ale pacientului prin intervenţia echipei interdisciplinare;

 h) îngrijirea paliativă include acele investigaţii care sunt necesare unei mai bune înţelegeri şi unui tratament adecvat pentru complicaţiile clinice ale bolii;

 i) îngrijirea paliativă asigură suportul familiei/aparţinătorilor în îngrijirea pacientului şi după decesul acestuia, în perioada de doliu;

 Principiile îngrijirii paliative pediatrice (IPP) sunt următoarele:

 a) IPP este îngrijirea activă şi totală a corpului, minţii şi spiritului copilului bolnav şi suportul acordat familiei copilului;

 b) IPP începe din momentul diagnosticului bolii şi continuă pe tot parcursul acesteia, indiferent dacă pacientul primeşte sau nu tratamentul cu intenţie curativă al bolii;

 c) IPP urmăreşte evaluarea şi alinarea suferinţei fizice, psihologice şi sociale a copilului;

 d) IPP eficientă se realizează de către o echipă interdisciplinară care include, pe lângă profesionişti, familia copilului bolnav şi care se bazează pe utilizare eficientă a tuturor resurselor disponibile;

 e) IPP se acordă în diferite medii: la domiciliul copilului, în centre rezidenţiale pentru copii în sistemul de protecţie socială, în unităţi independente de îngrijiri paliative sau secţii/compartimente de paliaţie din spitale.

## Capitolul 2.1. Ingrijiri paliative- Ambulator

**Enunț:**

**S Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienţilor cu boli cronice progresive (BCP) şi familiilor şi urmăresc îmbunătăţirea calităţii vieţii acestora prin ameliorarea suferinţei.**

Scopul acestui standard este de a asigura un cadru de referinţă în furnizarea îngrijirilor paliative şi terminale într-un mod consistent şi de înaltă calitate. Standardul stabileşte criteriile si cerinţele minime pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de îngrijiri paliative şi terminale din USA precum şi responsabilităţile şi rolurile profesionale în cadrul echipei de îngrijire. De asemenea, standardul abordează aspecte legate de evaluarea şi planificarea îngrijirilor, gestionarea simptomelor, comunicarea şi coordonarea îngrijirilor, precum şi aspectele etice şi legale în îngrijirea pacienţilor cu boli cronice progresive. Standardul pune accentul pe importanţa unei abordări holistice şi centrate pe pacient, respectând valorile, preferinţele şi nevoile individuale ale pacientului şi familiei.

**Enunț:**

**Cr Managementul pacienţilor cu boli cronice progresive (BCP) şi nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat şi nediscriminatoriu.**

Practica modernă în diagnosticul și tratamentul pacientului presupune abordarea holistică a fiecărui pacient astfel încât să fie identificate toate nevoile pacientului. Abordarea multi- sau interdisciplinară înseamnă resurse economisite și accesibilitate sporită a pacientului la servicii de sănătate conform nevoilor identificate. Pentru aceasta sunt stabilite:

– bolile/ grupele de boli care necesită o abordare holistică multi- sau interdisciplinară pentru acestea se stabilește traseul interdisciplinar;

– modalitățile prin care pacientul beneficiază de un management integrat al cazului;

– situațiile în care consultul implică specialiști din afara unității medicale și protocoalele de colaborare care se impun;

– modul de planificare și programare a consulturilor, cu criteriile de prioritizare.

La nivelul unității este reglementat dreptul pacientului la servicii de sănătate:

- instruirea personalului medical cu privire la acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale;

- prevederea explicită în ROI / RI și Fișa postului, a acordării serviciilor în mod nediscriminatoriu;

- reglementarea condițiilor de refuz al pacientului și consemnarea motivării acestuia în Fișa pacientului;

- asigurarea informării pacientului/aparținătorilor despre opțiuni de îngrijire și tratament adaptate (cultural, spiritual, etc).

**Enunț:**

**C Unitatea sanitară stabilește criteriile de acordare a îngrijirilor paliative pentru pacienţii cu boli cronice progresive (BCP).**

În funcţie de nivelul de complexitate a îngrijirilor paliative clasificarea pacienților se realizează potrivit nevoilor de îngrijire:

- Pacienți cu nevoi de bază și grad de complexitate redus sunt persoane cu boală cronică progresivă, suferință fizică, psiho-emoțională sau spirituală ușoară sau moderată, care nu au comorbidități și care au îngrijitori în cadrul familiei;

- Pacienți cu nevoi complexe sunt persoane cu boli cronice progresive care se află în una sau mai multe din următoarele situații:

- suferință moderată/severă în domeniul fizic, social, spiritual, psiho-emoțional, inclusiv suferință fizică refractară sau suferință complexă existențială;

- lipsa familiei sau existența unor situații conflictuale majore în familie;

- prezența unor comorbidități multiple;

- depășirea capacității de îngrijire medicală, situație stabilită în urma evaluării stării de sănătate efectuată de medicul de familie sau de medicul de specialitate.

***Indicatori – modalități propuse de validare***

* La nivelul unității sanitare care acordă servicii paliative în ambulator sunt stabilite criteriile de acordare a serviciilor paliative pentru pacienții cu BCP
* Criteriile de acordare a îngrijirilor paliative sunt comunicate / făcute public
* Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă informează furnizorii de servicii de sănătate din arealul deservit cu privire la criteriile de acordare a îngrijirilor paliative pentru selecționarea pacienților care necesită paliație

**Enunț:**

**C Identificarea nevoilor de îngrijiri paliative și planificarea îngrijirii paliative reflectă o abordare holistică centrată pe persoană și încorporează nevoi culturale, spirituale, fizice, psihologice și sociale.**

Îngrijirea paliativă reprezintă o formă specială de asistență medicală care se adresează persoanelor cu boli cronice sau terminale, scopul principal fiind acela de a atenua suferința și de a îmbunătății calitatea vieții pacienților. Aceasta se concentră pe gestionarea durerii și a altor simptome asociate bolii, oferind în același timp suport psihologic și social.

Identificarea nevoilor de îngrijiri paliative implică o evaluare cuprinzătoare a stării de bine a pacientului, care trece dincolo de simptomele fizice evidente. Aceasta include evaluarea stării psihologice, sociale, spirituale și culturale a pacientului.

Planificarea îngrijirii paliative impune crearea unui plan personalizat de îngrijire, care se centrează pe nevoile unice ale fiecărui pacient. Acest plan nu numai că va aborda gestionarea simptomelor fizice, dar va ține cont și de aspecte holistice ale îngrijirii. De exemplu, se va implementa suportul pentru problemele psihologice, precum anxietatea sau depresia, se vor considera nevoile sociale ale pacientului, cum ar fi nevoia de companie sau sprijin familial, se va ține cont de trăirile spirituale și se va respecta cultura și credințele pacientului.

În concluzie, îngrijirea paliativă reprezintă o abordare extinsă și complexă a îngrijirii pacienților cu boli cronice sau terminale, care ține cont de mult mai mult decât starea lor fizică. Acest tip de îngrijire urmărește să optimizeze calitatea vieții acestor pacienți, abordând nevoi complexe și individuale.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Furnizorul de îngrijiri paliative utilizează document standardizat pentru documentarea activităților desfășurate
* Evaluarea nevoilor de îngrijiri paliative include cel puțin aspectele fizice, psihologice, culturale și nevoi sociale și spirituale
* Evaluarea nevoilor de îngrijire paliativă ale pacientului cu BCP fundamentează planul de îngrijire al pacientului
* Gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia este consemnat în documentele medicale
* Obiectivele planului terapeutic sunt stabilite în parteneriat cu pacientul cu BCP sau/și familia și/sau îngrijitorii acestuia
* Modificările constatate la evaluările periodice ale pacientului sunt aduse la cunoștință pacientului sau/și familiei și/sau îngrijitorilor acestuia

**Enunț:**

**C Nevoile de îngrijiri paliative la pacienţii cu boală cronică progresivă (BCP) sunt abordate conform bunelor practici.**

Abordarea nevoilor de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă (BCP) potrivit bunelor practici reprezintă aplicarea de strategii și metode bazate pe dovezi, orientate spre îmbunătățirea

calității vieții pacientului și atenuarea suferinței.

În primul rând, este crucială evaluarea detaliată și periodică a pacientului pentru a identifica toate nevoile acestuia, fiind fizice, psihologice, sociale sau spirituale. În mod specific, trebuie acordată atenție controlului durerii și gestionării altor simptome neplăcute asociate cu condiția pacientului.

Medicul ar trebui să colaboreze cu echipa interdisciplinară implicată în îngrijirea pacientului (asistente, psihologi, asistenţi sociali, etc.) pentru a elabora un plan de îngrijire individualizat care să răspundă tuturor nevoilor identificate. Acest plan trebuie să fie flexibil, capabil să se adapteze la schimbările situației de sănătate a pacientului.

Echipa interdisciplinara în îngrijirea paliativă, în conformitate cu standardele naționale, cuprinde minim:

* Medic
* As.medicali
* Asistent social
* Psiholog

dar poate cuprinde si:

* Kinetoterapeut
* Terapeut prin joc
* Logoped
* Dietetician
* Preot/Pastor

***Indicatori - modalitati propuse de validare***

* Există corelare între nevoile de îngrijiri paliative stabilite și rezultatul evaluării riscurilor
* Riscurile pacientului cu BCP sunt reevaluate cu periodicitatea stabilită prin protocolul utilizat de unitatea sanitară
* Nevoile de îngrijire paliativă sunt reevaluate cu periodicitatea stabilită prin protocolul utilizat de unitatea sanitară
* Planul de îngrijire este actualizat în funcție de evaluarea și monitorizarea riscurilor
* Planul terapeutic aplicat este actualizat în funcție de evaluarea și monitorizarea riscurilor
* În documentele medicale sunt consemnate intervențiile făcute de fiecare membru al echipei interdisciplinare implicat în îngrijirea pacientului cu nevoi de îngrijire paliativă
* Stabilirea terapiilor conexe, în funcţie de necesităţile și evoluția pacienţilor cu nevoi de îngrijiri paliative, este documentată în FO/planul terapeutic
* Este consemnată evaluarea pe baza căreia se ia decizia tranziției pacientului spre un alt nivel de îngrijire paliativă

**Enunț:**

**C Tratamentul durerii este adaptat si documentat prin corelarea scorului de durere cu protocolul de terapie al durerii.**

Durerea şi celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate:

* Instruirea personalului medical cu privire la utilizarea scorului de durere;
* Elaborarea și evaluarea periodică a respectării protocoalelor privind terapia durerii pentru adoptarea măsurilor de îmbunătățire a terapiei durerii;
* Monitorizarea consemnării în Fișa pacientului a administrării conform prescripției medicale a tratamentului cu opioide (ex. Morfină) și a oricărui alt tratament la pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative;
* Evaluarea impactului durerii asupra calității vieții pacientului în îngrijire paliativă.

Pentru evaluarea stării pacienților, personalul medical recurge la sisteme de scoruri care permit identificarea și evaluarea clinică a simptomelor. Instrumentele sunt concepute să măsoare intensitatea simptomelor cel mai des întâlnite, inclusiv nivelul durerii. Aceste instrumente de evaluare sunt esențiale pentru a asigura o abordare precisă și personalizată a îngrijirii. Ele permit profesioniștilor din domeniul sănătății să monitorizeze evoluția simptomelor, eficacitatea tratamentului și să ajusteze planul de îngrijire pentru a răspunde nevoilor schimbătoare ale pacientului.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Eficacitatea tratamentului antialgic se evaluează după fiecare administrare
* Adaptarea tratamentului cu opioide (administrare orală, transcutanată și injectabilă) a pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este documentată în FO/documentele medicale

**Enunț:**

**C Unitatea sanitară își evaluează constant activitatea.**

Stabilirea principiilor de bază, a valorilor şi a orientărilor generale ale organizaţiei în domeniul calităţii, care stau la baza luării deciziilor şi care se vor regăsi în politica calităţii.

Pentru implementarea sistemului de management al calităţii este necesar ca la nivelul organizaţiei să existe un plan de acţiuni care vizează îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor, plan ce trebuie asumat de către conducerea unității şi adus la cunoştinţa angajaţilor.

Conducerea unității trebuie să asigure resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.

De asemenea unitatea sanitară trebuie să stabilească obiectivele referitoare la calitate, resursele și activitățile care contribuie la realizarea lor. Acest proces presupune ca la nivel organizațional să existe planificarea activităților de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare şi planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității, elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare. Rezultatele autoevaluării pot fi utilizate la analizele managementului, la îmbunătăţirea continuă a proceselor desfășurate la nivelul unității și implicit, a sistemului de management al calităţii. Conducerea stabilește modulul de colectare si raportare si evaluează constant activitatea indicatorilor de monitorizare la nivelul unității.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Sunt stabiliți indicatori pentru evaluarea obiectivelor/rezultatelor propuse, a eficacitatății îngrijirii paliative
* Există evaluări periodice ale realizării obiectivelor/rezultatelor propuse, a eficacitatății îngrijirii paliative
* Unitatea sanitară evaluează periodic utilizarea scorurilor / scalelor de evaluare a riscurilor în stabilirea și reconsiderarea planului terapeutic
* Unitatea sanitară evaluează periodic terapia durerii
* Unitatea sanitară evaluează periodic riscul de apariție a escarelor
* Unitatea sanitară evaluează periodic comunicarea cu aparținătorii și/sau îngrijitorii pacienților

**Enunț:**

**C Continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este asigurată.**

 Continuitatea îngrijirilor reprezintă o componentă esențială în managementul pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative. Aceasta implică asigurarea unui suport consecvent și coerent pe întreaga durată a procesului de îngrijire, de la diagnostic până la finalul vieții, indiferent de setarea în care are loc îngrijirea (de ex. spital, casă, unitate de îngrijire paliativă).

Aceasta presupune:

* Comunicare eficientă: Informațiile trebuie să fie transferate în mod corespunzător între diferitele părți implicate în îngrijirea pacientului (medici, asistente, psihologi, asistenţi sociali etc.) pentru a asigura un plan de îngrijire coerent;
* Coordonare: Un coordonator de îngrijire, de obicei un medic sau o asistentă, ar trebui să fie responsabil pentru gestionarea și monitorizarea planului de îngrijire a pacientului, pentru a asigura că toate nevoile acestuia sunt îndeplinite
* Flexibilitate: Pe măsură ce boala progresează, nevoile pacientului se pot schimba. Prin urmare, planurile de îngrijire trebuie să fie revizuite și ajustate regulat;
* Implicarea pacientului și a familiei: Pacientul și familia sa ar trebui să fie implicați activ în procesul de îngrijire, pentru a se asigura că îngrijirea este în concordanță cu valorile și dorințele lor.

Prin implementarea unei abordări bazate pe continuitatea îngrijirilor, se va asigura că pacienții cu nevoi de îngrijiri paliative vor primi îngrijirea de cea mai bună calitate, indiferent de stadiul îngrijirii sau de contextul acestora, reglementează, supraveghează și îmbunătățește procesele care țin de interacțiunea cu pacientul: obținerea consimțământului informat, evaluarea necesarului de comunicare, modul în care se transmit informațiile esențiale și cadrul în care are loc acest proces.

* Are afișată lista cu unitățile sanitare din zonă care oferă servicii de sănătate în vederea efectuării de investigații.

Unitatea sanitară oferă informații pacientului/aparținătorilor privind activitatea medicală prestată, referitor la îngrijirile pe care le pot accesa ulterior serviciului medical efectuat.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Modalitatea de abordare a pacientului în situația escaladării nevoii de îngrijire paliativă este reglementată
* Trecerea pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative de la un nivel de asistență la altul este stabilită în comun de medicii furnizorilor de îngrijiri paliative implicați

**Enunț:**

**C Comunicarea cu pacienții/aparținătorii/îngrijitorii facilitează desfășurarea îngrijilor paliative.**

Comunicarea eficace cu pacienții, aparținătorii și îngrijitorii joacă un rol esențial în îngrijirile paliative. Aceasta permite nu numai transmiterea informațiilor necesare despre starea de sănătate a pacientului, dar și înțelegerea nevoilor, dorințelor și valorilor lor, fapt care contribuie la dezvoltarea unui plan personalizat de îngrijire.

* Transparență: Informațiile despre diagnostic, pronostic, opțiunile de tratament, posibilele rezultate, beneficiile și riscurile ar trebui să fie prezentate clar și cu transparență. Înțelegerea acestor lucruri așa cum sunt permite pacientului și familiei sale să ia decizii educate și informate.
* Empatie: Comunicarea trebuie să fie făcută cu empatie și sensibilitate. Emoțiile și temerile pacientului și ale familiei ar trebui recunoscute și adresate.
* Ascultare activă: Este important să ascultăm activ și să încurajăm pacientul și familia să-și exprime gândurile, sentimentele și îngrijorările. Acest lucru contribuie la crearea unui mediu de sprijin în care se pot exprima în mod deschis.
* Continuitate: Comunicarea nu trebuie să fie un eveniment izolat, ci un proces constant, care permite reglarea planului de îngrijire conform nevoilor în schimbare ale pacientului.
* Respect: Trebuie să respectăm întotdeauna confidențialitatea pacientului și să comunicăm într-un mod care respectă cultura, credințele și valorile acestuia.

Prin comunicare eficientă, putem asigura că nevoile complexe ale pacienților cu îngrijiri paliative sunt înțelese și adresate în mod corespunzător, îmbunătățind astfel calitatea îngrijirilor oferite.

 ***Indicatori- modalități propuse de validare***

* În FO/documente medicale sunt consemnate datele de contact ale persoanei care poate lua decizii în locul pacientului cu capacitate decizională alterată
* În documentele medicale/FO sunt consemnate opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacient cu privire la comunicarea evoluției bolii sale către acesta și/sau familie/aparținători
* Accesul familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP la informațiile medicale ale pacientului respectă decizia acestuia
* Informarea/pregătirea aparținătorilor pentru preluarea pacienților la domiciliu și continuarea terapiei specifice este reglementată

**Enunț:**

**Cr Asistenţa medicală paliativă asigură sprijin familiei și persoanelor care îngrijesc pacientul cu boală cronică progresivă (BCP).**

Îngrijirea paliativă nu se adresează numai pacientului, ci și familiei acestuia și persoanelor care se ocupă de îngrijirea lui. Rolul acestora în îngrijirea pacientului este deosebit de important, iar pentru a putea oferi acest sprijin, ei au nevoie, la rândul lor, de suport și asistență.

Sprijinul acordat poate lua diverse forme:

* Consiliere și suport emoțional: Este esențial ca îngrijitorii să primească sprijin emoțional. De asemenea, ar putea avea nevoie de consiliere pentru a face față stresului și emoțiilor asociate cu îngrijirea unei persoane cu boală cronică progresivă.
* Instruire: Îngrijitorii pot avea nevoie să fie instruiți cu privire la modul de a oferi îngrijiri, cum ar fi administrarea medicamentelor, mutarea și transferul pacientul, gestionarea simptomelor și a altor aspecte ale îngrijirii paliative.
* Suport logistic: Îngrijitorii pot avea nevoie de ajutor cu gestionarea sarcinilor zilnice, cum ar fi pregătirea mesei, curățenie, cumpărături și transport. Suportul pentru aceste sarcini le poate permite să se concentreze mai mult pe îngrijirea propriei lor sănătăți și a bunăstării.
* Oferta de respiro - adică, înlocuirea temporară a îngrijitorului care poate ajuta în prevenirea epuizării și a efectelor negative ale stresului la îngrijitori.

Astfel, prin asigurarea unui sprijin adecvat pentru familie și pentru îngrijitori, îngrijirea paliativă ajută la îmbunătățirea calității vieții nu numai pentru pacientul cu boală cronică progresivă, dar și pentru cei care îl îngrijesc.

**Enunț:**

**C Familia și îngrijitorii pacientului cu boală cronică progresivă sunt susținuți în procesul de îngrijire al pacientului.**

În cadrul îngrijirilor paliative, familia și îngrijitorii pacientului joacă un rol extrem de important. De aceea, este esențial ca aceștia să fie sprijiniți corespunzător în procesul de îngrijire al pacientului. Aceasta implică diverse forme de susținere și asistență, printre care:

* Educație medicală: Îngrijitorii ar trebui educați în ceea ce privește boala cronică progresivă a pacientului, tratamentele necesare, simptomele ce pot apărea, precum și modalități de a le gestiona.
* Asistență psihologică: Suportul emoțional este crucial în astfel de situații. Psihoterapia, consilierea sau grupurile de sprijin pot fi de ajutor pentru îngrijitori, ajutându-i să își gestioneze stresul, anxietatea sau depresia.
* Asistență socială: Asistenții sociali pot oferi suport în diverse aspecte logistice, precum ajutor în obținerea serviciilor necesare, furnizând informații despre drepturile pacientului și alegerea celor mai potrivite opțiuni de îngrijire.
* Respiro: Îngrijitorii au nevoie și de timp pentru ei pentru a se putea odihni și a-și încărca bateriile. Servicii de îngrijire temporară sau de înlocuire a îngrijitorului (respiro) pot fi de mare ajutor.
* Suport spiritual: Pentru unii îngrijitori, aspectele spirituale pot fi foarte relevante. Suportul spiritual poate include consiliere oferită de reprezentanți ai diferitelor comunități religioase sau alte forme de sprijin spiritual.

În acest fel, printr-un sprijin cuprinzător și continuu, familia și îngrijitorii pot fi susținuți eficient în procesul de îngrijire al pacientului cu boală cronică progresivă.

 ***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Gradul de înțelegere și nivelul dorit de implicare a familiei și îngrijitorilor pacientului în îngrijirea pacientului cu BCP sunt consemnate în documentele medicale/FO
* Nevoile și preferințele familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP sunt consemnate în vederea stabilirii susținerii acestora
* Unitatea sanitară organizează sesiuni de consiliere psiho-emoțională pentru familie și/sau îngrijitorii pacientului
* Unitatea sanitară stabilește metodologia de instruire a familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP specifică pentru fiecare etapă - asistarea pacientului în condiții de siguranță, îngrijirea acestuia și gestionarea riscurilor, semnele și simptomele apropierii morții și pașii de urmat după
* Există parteneriate cu alți furnizori din comunitate pentru a sprijini familiile și îngrijitorii pacientului cu BCP

**Enunț:**

**C Familia și îngrijitorii pacientului cu boală cronică progresivă (BCP) primesc serviciul de**

**doliu adaptat nevoilor lor.**

Serviciul de doliu în îngrijirea paliativă reprezintă un suport specializat și dedicat acordat familiei și celor apropiați pacientului după ce acesta a decedat. Este un aspect esențial al îngrijirii paliative, care se concentrează pe sprijinirea celor rămași în urma pierderii unei persoane dragi.

Acest serviciu poate include diverse aspecte, cum ar fi:

* Consiliere și sprijin emoțional: Furnizarea de consiliere individuală sau de grup pentru a ajuta familiile și persoanele apropiate să facă față durerii și să gestioneze procesul de doliu.
* Resurse și informații: Oferirea de informații despre procesul de doliu, despre emoțiile și reacțiile comune în această perioadă, pentru a-i ajuta pe cei afectați să înțeleagă și să facă față mai bine sentimentelor lor.
* Suport spiritual și religios: Dacă este cazul, asigurarea unui suport spiritual și religios pentru cei care îl doresc.
* Servicii de consiliere și suport pentru copii: Acordarea de sprijin specializat copiilor care trec prin procesul de doliu, adaptat vârstei și nivelului lor de înțelegere.
* Grupuri de susținere: Organizarea de grupuri de susținere în care cei care trec prin doliu pot împărtăși experiențele lor și pot găsi suport în comunitatea lor.

Serviciul de doliu în îngrijirea paliativă se concentrează pe respectarea și îngrijirea nevoilor emoționale, psihologice și spirituale ale celor care își plâng pierderea, ajutându-i să treacă prin această perioadă dificilă cu sprijin și îndrumare. Este o parte esențială a serviciilor paliative, oferind un suport vital pentru cei care rămân în urma pierderii unei persoane dragi.

 ***Indicatori- modalități propuse de validare***

* + Există dovada informării familiei și a îngrijitorilor pacientului cu BCP despre sprijinul pe care-l pot primi în cadrul serviciului de doliu
	+ Recomandarea serviciului de doliu este consemnata in documentele medicale/ FO
	+ In acordul de prelucrare a datelor beneficiarului serviciului de doliu există consemnat acceptul/refuzul pentru participarea la evaluarea calității serviciilor acordate
	+ Serviciul de doliu oferă informații despre pierderea unei persoane apropiate, durere și evoluția doliului
	+ Evaluarea structurată a doliului cuprinde evaluarea aspectelor emoționale, comportamentale, sociale, domenii spirituale și fizice și evaluarea riscurilor de la preluarea în îngrijirea paliativă
	+ Evaluarea structurată a doliului se face pe baza unui instrument adoptat de unitatea sanitară

**Enunț:**

**Cr Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienţilor cu grad de dependenţă crescut.**

Acest criteriu se referă la strategia de îngrijire folosită în îngrijirile paliative. În această abordare, se acordă o atenție specială creării unui mediu care să fie cât mai apropiat de cel familial, astfel încât pacientul să se simtă confortabil și în siguranță. Acest lucru este important deoarece starea emoțională a pacientului poate influența semnificativ calitatea vieții și potențialul de a face față simptomelor bolii.

Adaptabilitatea subliniază necesitatea ca mediul de îngrijire și tratamentul în sine trebuiesc ajustate în funcție de nevoile specifice ale fiecărui pacient pentru a se asigura că sunt gestionate toate aspectele suferinței lor.

Aceasta poate implica o gamă largă de abordări de la modul în care este organizat spațiul de îngrijire, până la tipurile de sprijin psihologic și social oferit.

Îngrijirile paliative sunt oferite pacienților cu grad de dependență crescut, adică persoane care nu mai pot să se îngrijească singure și care au nevoie de asistență constantă pentru a-și desfășura activitățile zilnice. În plus față de nevoile medicale, unele dintre provocările cu care aceste persoane se confruntă pot fi legate de aspecte sociale sau emoționale, cum ar fi gestionarea anxietății, izolării sau comunicării cu familia și cu personalul medical.

În concluzie, acest criteriu subliniază si impune importanța creării unui mediu de îngrijire adecvat și confortabil, adaptat nevoilor individuale ale pacienților paliatici cu grad de dependență crescut.

**Enunț:**

**C Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependenţă, respectând intimitatea și demnitatea acestuia.**

Organizarea infrastructurii de îngrijire paliativă precum și transportul pacienților către unitatea sanitară sunt realizate în condiții optime de siguranță, confort și respect pentru intimitatea și demnitatea pacientului. Acestea sunt gestionate prin stabilirea unui traseu adecvat pentru pacienți, urmând reglementările legislative de îngrijire paliativă din țara noastră.

Traseele sunt optimizate pentru a corespunde nevoilor serviciului de îngrijire paliativă. Pacienții beneficiază de brancarde și fotolii rulante, în funcție de necesități, ce sunt dotate cu sisteme de siguranță pentru a proteja integritatea fizică a pacientului pe durata transportului. Acestea pot fi utilizate în zona de primire a pacienților, dar și în spațiile destinate diagnosticării, examinării și tratamentului.

În plus, se asigură că dimensiunile ușilor, coridoarelor și scărilor permit accesul facil al pacienților care se deplasează cu ajutorul cârjelor, a cadrelor de mers, brancardelor sau al fotoliilor rulante.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Mobilizarea pacientului cu fotoliu rulant este facilă în toate spațiile medicale și/sau sanitare

**Enunț:**

**C Infrastructura permite desfăşurarea serviciilor conexe și complementare de îngrijire paliativă**

Aceasta cerință urmărește ca unitatea medicală care oferă servicii de îngrijiri paliative in ambulatoriu să dispună de toate facilitățile structurale, de echipament și logistică necesare pentru a putea oferi o gamă completă de servicii.

Aceasta ar putea include, de exemplu, saloane adecvate pentru pacienți, echipamente pentru gestionarea durerii, spații dedicat consilierii psihologice și suportului spiritual, dar și accesul la servicii de reabilitare sau terapie ocupațională.

În plus, infrastructura trebuie să permită colaborarea eficientă între diferiți specialiști - medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali etc, ceea ce este esențial pentru o abordare interdisciplinară.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Spațiile pentru servicii conexe sunt amenajate corespunzător
* Spațiile pentru servicii complementare sunt amenajate corespunzător

**Enunț:**

**Cr Asistenţa medicală paliativă este acordată de o echipă interdisciplinară.**

Abordarea modernă în diagnosticarea și tratamentul pacientilor presupune o evaluare cuprinzătoare a fiecărui pacient, în vederea identificării tuturor necesităților acestora. Abordarea interdisciplinară reprezintă o metodă eficientă din punct de vedere economic și mărește accesul pacienților la serviciile de îngrijire pe baza nevoilor lor specifice. În acest context, sunt stabilite următoarele:

* se identifică bolile sau grupele de boli care necesită o abordare cuprinzătoare, interdisciplinară și se stabilește parcursul interdisciplinar aferent
* se descriu metodele prin care pacientul beneficiază de o gestionare integrată a cazului său
* se stabilesc situațiile care necesită consultarea specialiștilor din afara unității medicale și se stabilesc protocoalele necesare colaborării
* se explică modul în care se vor planifica și programa consultațiile și se stabilesc criteriile de prioritizare

**Enunț:**

**C Echipa interdisciplinară care evaluează nevoile de îngrijiri paliative este adaptată nivelului de asistență paliativă asumat.**

Această cerință indică faptul că echipa interdisciplinară, care evaluează și răspunde la nevoile de îngrijire paliativă ale pacientului, trebuie să fie dimensionată și calificată în funcție de nivelul de îngrijire paliativă pe care unitatea medicală din ambulatoriu și-o asumă.

* De exemplu, dacă unitatea oferă un nivel de asistență paliativă de bază, echipa ar putea fi formată doar dintr-un medic și o asistentă medicală. Dacă însă unitatea oferă un nivel avansat de asistență paliativă, echipa ar trebui să fie mai mare și să includă specialiști din multiple discipline, cum ar fi psihoterapie, asistență socială, fizioterapie, nutriție etc.

În concluzie, echipa interdisciplinară trebuie să fie adaptată în funcție de complexitatea îngrijirilor paliative pe care unitatea medicală și-a propus să le ofere.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Componența echipei de îngrijiri paliative este în concordanță cu tipul de îngrijire acordată (Unitate sanitară cu paturi, ambulator, domiciliu).
* Formarea profesională a echipei de îngrijiri paliative este în conformitate cu nivelul de îngrijiri palitive acordat.

**Enunț:**

**C Echipa interdisciplinară de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire profesională continuă de paliație.**

Pentru pregătirea profesională continuă a personalului care îngrijește în ambulatoriu pacientul care are nevoie de îngrijiri paliative se recomandă:

* Autoevaluarea competențelor și cunoștințelor în mod regulat pentru a identifica orice nevoie de dezvoltare profesională;
* Participarea la cursuri de formare continuă și ateliere de lucru;
* Urmărirea de seminarii online, webinarii sau tutoriale video;
* Participarea la conferințe științifice sau simpozioane: acestea permit împărtășirea celor mai bune practici și a celor mai recente rezultate ale cercetării cu alți profesioniști din domeniu;
* Monitorizarea periodica a literaturii de specialitate: revistele științifice, cărțile de specialitate sau alte resurse online pot oferi informații valoroase și actualizate;
* Învațarea de la colegi mai experimentați;
* Participarea la programe de certificare sau specializare în îngrijirea paliativă.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Planul de dezvoltare profesională a membrilor echipei interdisciplinare este fundamentat pe baza evaluării necesarului de dezvoltare profesională
* Planul de dezvoltare profesională a membrilor echipei interdisciplinare este respectat
* Toți medicii din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătirte profesională medicală continuă de paliație de minim 20 ore/an
* Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire profesională continuă de paliație de minim 10 ore/an
* Asistentul social din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an
* Psihologul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an
* Kinetoterapeutul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an

**Capitolul 2.2. Îngrijiri paliative-Unități cu paturi**

**Enunț:**

**S Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienţilor cu boli cronice progresive (BCP) şi familiilor şi urmăresc îmbunătăţirea calităţii vieţii acestora prin ameliorarea suferinţei.**

Scopul acestui standard este de a asigura un cadru de referință în furnizarea îngrijirilor paliative şi terminale într-un mod eficient şi de înaltă calitate în unitățile cu paturi.

**Enunț:**

**Cr Managementul pacienţilor cu boli cronice progresive (BCP) şi nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat şi nediscriminatoriu.**

Criteriile de acordare a serviciilor paliative la pacienții cu boală cronică în fază avansată (BCP) internați în unitățile cu paturi pot varia în funcție de politica și procedurile specifice ale unității sanitare. Cu toate acestea, în general, pentru a decide asupra acordării serviciilor paliative la acești pacienți, se iau în considerare următoarele aspect:

1. Evaluarea iniţială şi ulterioară sunt realizate prin intervievarea pacientului şi familiei, revizuirea documentelor medicale, examinare şi evaluare clinică şi paraclinică. Prima vizita va fi efectuată de medic şi/sau asistent medical pentru efectuarea evaluării iniţiale.



1. Evaluarea include documentarea diagnosticului complet, stadiului bolii,

prognosticului, tare asociate, simptome fizice şi psihologice, statusul funcţional, mediul

socio-cultural şi spiritual de provenienţă.

3. Dorințele și preferințele pacientului: este important să se ia în considerare dorințele și preferințele pacientului în ceea ce privește îngrijirea sa. Dacă pacientul exprimă dorința de a beneficia de servicii paliative sau de a se concentra pe îngrijirea de confort, aceste dorințe trebuie respectate.

4. Evaluarea echipei de îngrijire: unitatea sanitară trebuie să aibă o echipă specializată în serviciile paliative care poate evalua cazurile și oferi îngrijire adecvată pacienților cu BCP în secțiile non-paliative. Echipa ar trebui să fie formată din medici, asistenți medicali, asistenți sociali și alți profesioniști care pot oferi suport medical și emoțional.

5. Coordonarea cu echipa de îngrijire primară: este important ca echipa de paliativă să lucreze în strânsă colaborare cu echipa de îngrijire primară a pacientului (medicul curant care a tratat cancerul, boala cardiovasculara, neurologica) pentru a asigura o îngrijire integrată și eficientă.

6. Resurse disponibile: unitatea sanitară trebuie să aibă resurse adecvate pentru a oferi servicii paliative, inclusiv personal specializat, medicamente pentru controlul simptomelor și alte resurse necesare.

7. Evaluarea continuă: decizia de a oferi servicii paliative ar trebui să fie revizuită și actualizată în mod regulat pe măsură ce starea pacientului evoluează. Aceasta poate implica modificări în planul de îngrijire și în deciziile privind tratamentul.

**Enunț:**

**C Unitatea sanitară stabilește criteriile de acordare a îngrijirilor paliative pentru pacienţii cu boli cronice progresive (BCP).**

Criteriile de internare continuă pentru pacienţii de toate vârstele, adulţi sau copii cu boli cronice progresive, cu suferinţă generată de simptome necontrolate şi/sau probleme psiho-emoţionale şi/sau sociale şi/sau spirituale şi/sau grad ridicat de dependenţă într-o unitate cu paturi pot varia în funcție de protocoalele și politica instituției respective. Cu toate acestea, în general, există anumite criterii și factori care ar putea influența decizia de internare într-o astfel de unitate:

1. Diagnostic și stadiu al bolii: pacienții cu BCP, cum ar fi cancerul în stadiu avansat, insuficiența cardiacă în stadiu avansat sau boli neurologice progresive, pot fi considerați pentru servicii paliative în spitalizare continuă care se incadreaza în grupul beneficiarilor de servicii de îngrijiri paliative așa cum sunt ei definiți in legislația în vigoare (OMS 253 din 2018, Anexa 3, modificat și actualizat, OMS 3514 din oct 2023) .

2. Complexitatea simptomelor: pacienții care au simptome dificil de gestionat, cum ar fi durere intensă, dispnee severă, greață și vărsături persistente, anxietate sau depresie severă, pot necesita servicii paliative în unități sanitare cu paturi.

3. Decizia pacientului și a familiei: de obicei, decizia de a solicita servicii paliative este luată în consultare cu pacientul și familia acestuia.

4. Incapacitatea de a beneficia de tratament curativ: dacă pacientul a epuizat toate opțiunile de tratament curativ sau nu mai poate beneficia de ele, acesta poate fi candidat pentru servicii paliative.

5. Evaluarea holistică a pacientului: medicul sau echipa de îngrijire paliativă efectueaza o evaluare holistică a situației a pacientului, identificând nevoile din sfera fizică, psihologică, sociala și spirituală și stabilește un diagnostic de etapă precum și un plan de îngrijire și tratament.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* La nivelul unității sanitare care acordă servicii paliative prin echipe mobile sunt stabilite criteriile de acordare a serviciilor paliative la pacienții cu BCP internați în secțiile non-paliative
* La nivelul unității sanitare care acordă servicii paliative în spitalizare de zi sunt stabilite criteriile de internare pentru pacienții cu BCP
* La nivelul unității sanitare care acordă servicii paliative în spitalizare continuă sunt stabilite criteriile de internare pentru pacienții cu BCP
* Criteriile de acordare a îngrijirilor paliative sunt comunicate / făcute public
* Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă informează furnizorii de servicii de sănătate din arealul deservit cu privire la criteriile de acordare a îngrijirilor paliative pentru selecționarea pacienților care necesită paliație

**Enunț:**

**C Identificarea nevoilor de îngrijiri paliative și planificarea îngrijirii paliative reflectă o abordare holistică centrată pe persoană și încorporează nevoi culturale, spirituale, fizice, psihologice și sociale.**

Unitatea sanitară cu paturi asigură îngrijirea pacientului și a aparținătorilor de către personal specializat și perfecționat continuu. Structura minimă a echipei interdisciplinare este compusă din: medic, asistent medical, asistent social şi opţional: îngrijitori, psiholog, cleric, terapeuţi (kinetoterapeut, terapeut prin joc, terapeut ocupaţional etc), voluntari, alt personal cu experienţă clinică sau educaţională corespunzătoare, în funcţie de necesităţile pacienţilor.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Furnizorul de îngrijiri paliative utilizează document standardizat pentru documentarea activităților desfășurate
* Evaluarea nevoilor de îngrijiri paliative include cel puțin aspectele fizice, psihologice, culturale și nevoi sociale și spirituale
* Evaluarea nevoilor de îngrijire paliativă ale pacientului cu BCP fundamentează planul de îngrijire al pacientului
* Gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia este consemnat în documentele medicale
* Obiectivele planului terapeutic sunt stabilite în parteneriat cu pacientul cu BCP sau/și familia și/sau îngrijitorii acestuia
* Modificările constatate la evaluările periodice ale pacientului sunt aduse la cunoștință pacientului sau/și familiei și/sau îngrijitorilor acestuia

**Enunț:**

**C Nevoile de îngrijiri paliative la pacienţii cu boală cronică progresivă (BCP) sunt abordate conform bunelor practici.**

Abordarea adecvată a nevoilor de îngrijire paliativă în cazul bolilor cronice progresive pentru pacienții internați în unități sanitare cu paturi înseamna:

* evaluare comprehensivă
* planificare individualizată
* echipă interdisciplinară
* comunicare eficientă
* sprijinul pentru familie și îngrijitori

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* + - Există corelare între nevoile de îngrijiri paliative stabilite și rezultatul evaluării riscurilor
		- Riscurile pacientului cu BCP sunt reevaluate cu periodicitatea stabilită prin protocolul utilizat de unitatea sanitară
		- Nevoile de îngrijire paliativă sunt reevaluate cu periodicitatea stabilită prin protocolul utilizat de unitatea sanitară
		- Planul de îngrijire este actualizat în funcție de evaluarea și monitorizarea riscurilor
		- Planul terapeutic aplicat este actualizat în funcție de evaluarea și monitorizarea riscurilor
		- În documentele medicale sunt consemnate intervențiile făcute de fiecare membru al echipei interdisciplinare implicat în îngrijirea pacientului cu nevoi de îngrijire paliativă
		- Stabilirea terapiilor conexe, în funcţie de necesităţile și evoluția pacienţilor cu nevoi de îngrijiri paliative, este documentată în FO/planul terapeutic
		- Este consemnată evaluarea pe baza căreia se ia decizia tranziției pacientului spre un alt nivel de îngrijire paliativă
		- Se asigură zilnic toaleta pe regiuni /generală pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, imobilizați la pat
		- Unitatea sanitară are stabilit protocol pentru starea terminală

**Enunț:**

**C Tratamentul durerii este adaptat si documentat prin corelarea scorului de durere cu protocolul de terapie al durerii.**

Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale. Astfel este importantă pregătirea personalului medical pentru identificarea corectă a durerii, evaluarea acesteia pe bază de scoruri și aplicarea corectă a protocoalelor pentru terapia durerii.

Evaluarea periodică a respectării protocoalelor privind terapia durerii pentru adoptarea măsurilor de îmbunătățire.

Identificarea greșită sau evaluarea incorectă a durerii poate avea serioase repercusiuni în cazurile de adicție de medicamente sau droguri, în cazul copiilor unde gradul durerii este greu de stabilit sau în cazul vârstnicilor unde durerea este tolerată și reprezintă un simptom constant, indiferent de patologie (tratamentul durerii fiind de multe ori dificil din cauza poilimedicației de alte tratamente prescrise). Monitorizarea si consemnarea în Fișa medicală a pacientului administrării conform prescripției medicale a tratamentului cu opioide (ex. morfină), la pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Eficacitatea tratamentului antialgic se evaluează după fiecare administrare
* Adaptarea tratamentului cu opioide (administrare orală, transcutanată și injectabilă) a pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este documentată în FO/documentele medicale

**Enunț:**

**C Unitatea sanitară își evaluează constant activitatea.**

Unitatea sanitara cu paturi care oferă servicii de îngrijiri paliative trebuie să își evalueze constant activitatea. Acest element este fundamental în gestionarea și îmbunătățirea serviciilor oferite.

Această evaluare poate include:

* monitorizarea calității serviciilor
* evaluarea satisfacției pacienților
* revizuirea protocoalelor și procedurilor
* evaluarea performanței personalului
* auditarea și raportarea rezultatelor

Prin evaluarea constantă a activității, unitățile cu paturi își pot identifica zonele vulnerabile și își pot eficientiza procedurile și protocoalele pentru a oferi o îngrijire paliativă mai eficace și mai personalizată.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Sunt stabiliți indicatori pentru evaluarea obiectivelor/rezultatelor propuse, a eficacitatății îngrijirii paliative
* Există evaluări periodice ale realizării obiectivelor/rezultatelor propuse, a eficacitatății îngrijirii paliative
* Unitatea sanitară evaluează periodic utilizarea scorurilor / scalelor de evaluare a riscurilor în stabilirea și reconsiderarea planului terapeutic
* Unitatea sanitară evaluează periodic terapia durerii
* Unitatea sanitară evaluează periodic riscul de apariție a escarelor
* Unitatea sanitară evaluează periodic comunicarea cu aparținătorii și/sau îngrijitorii pacienților

**Enunț:**

**C Continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este asigurată.**

Continuitatea îngrijirilor în cazul pacienților cu nevoi de servicii de paliație este esențială și se

încearcă să fie asigurată pe cât posibil prin diferite metode:

* Planificare și coordonare
* Comunicare eficientă
* Înregistrări și dosare medicale
* Servicii de îngrijire la domiciliu
* Gestionarea tranzițiilorTop of Form

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Modalitatea de abordare a pacientului în situația escaladării nevoii de îngrijire paliativă este reglementată
* Trecerea pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative de la un nivel de asistență la altul este stabilită în comun de medicii furnizorilor de îngrijiri paliative implicați

**Enunț:**

**C Comunicarea cu pacienții/aparținătorii/îngrijitorii facilitează desfășurarea îngrijilor paliative.**

Comunicarea între echipa de paliație și pacient/ aparținător este un element fundamental în îngrijirea paliativă. Acest lucru este esențial deoarece o comunicare deschisă, empatică și clară între membrii echipei medicale, pacienți, familiile acestora și îngrijitorii facilitează întelegerea întregului fenomen. Înțelegerea nevoilor și dorințelor pacientului în ceea ce privește îngrijirea și tratamentul său este importantă atat pentru pacient/ aparținător/îngrijitor.

Comunicarea eficientă poate facilita discuțiile despre opțiunile de tratament, asigurându-se că pacientul și familia înțeleg diferitele aspecte ale bolii și ale tratamentului paliativ. În plus, aceasta poate ajuta la gestionarea durerii și a simptomelor asociate, oferind un suport emoțional și psihologic atât pacientului, cât și celor apropiați.

Un dialog deschis și respectuos poate contribui la crearea unei relații de încredere între pacient și echipa medicală, ceea ce este esențial pentru o îngrijire paliativă eficientă și umană.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* În FO/documente medicale sunt consemnate datele de contact ale persoanei care poate lua decizii în locul pacientului cu capacitate decizională alterată
* În documentele medicale/FO sunt consemnate opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacient cu privire la comunicarea evoluției bolii sale către acesta și/sau familie/aparținători
* Accesul familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP la informațiile medicale ale pacientului respectă decizia acestuia
* Informarea/pregătirea aparținătorilor pentru preluarea pacienților la domiciliu și continuarea terapiei specifice este reglementată

**Enunț:**

**Cr Asistenţa medicală paliativă asigură sprijin familiei și persoanelor care îngrijesc pacientul cu boală cronică progresivă (BCP).**

Asistența medicală paliativă nu se adresează doar pacientului, ci și familiilor și persoanelor care îngrijesc persoana afectată de o boală cronică progresivă (BCP). Întrucât aceste condiții afectează întreaga familie și rețeaua de susținere, este crucial ca și aceștia să primească sprijin și îndrumare adecvată.

**Enunț:**

**C Familia și îngrijitorii pacientului cu boală cronică progresivă sunt susținuți în procesul de îngrijire al pacientului.**

Asistența paliativă acordată familiilor și îngrijitorilor poate include informații despre boala în sine, despre modul de gestionare a simptomelor și despre metodele de îngrijire adecvate. De asemenea, ei trebuie să primească sprijin emoțional și psihologic, ajutându-i să facă față stresului, epuizării și sentimentelor asociate îngrijirii unui membru al familiei afectat de o boală cronică gravă.

Educația și sprijinul oferite familiilor și îngrijitorilor sunt esențiale pentru a le permite să își îndeplinească rolurile într-un mod mai eficient și să ofere suport adecvat persoanei care primește îngrijire paliativă. Nevoile și preferințele familiei și/sau îngrijitorilor pacientului sunt consemnate si sunt cunoscute de catre echipa de ingrijire. Astfel, familia/ingrijitorii pot să-și mențină și să-și îmbunătățească calitatea vieții, atât pentru ei înșiși, cât și pentru persoana aflată în îngrijire.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Gradul de înțelegere și nivelul dorit de implicare a familiei și îngrijitorilor pacientului în îngrijirea pacientului cu BCP sunt consemnate în documentele medicale/FO
* Nevoile și preferințele familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP sunt consemnate în vederea stabilirii susținerii acestora
* Unitatea sanitară organizează sesiuni de consiliere psiho-emoțională pentru familie și/sau îngrijitorii pacientului
* Unitatea sanitară stabilește metodologia de instruire a familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP specifică pentru fiecare etapă - asistarea pacientului în condiții de siguranță, îngrijirea acestuia și gestionarea riscurilor, semnele și simptomele apropierii morții și pașii de urmat după
* Există parteneriate cu alți furnizori din comunitate pentru a sprijini familiile și îngrijitorii pacientului cu BCP

**Enunț:**

**C Familia și îngrijitorii pacientului cu boală cronică progresivă (BCP) primesc serviciul de doliu adaptat nevoilor lor.**

Pierderea unei persoane dragi poate fi o experiență extrem de dificilă și este important să li se ofere sprijin emoțional și psihologic adecvat pentru a face față acestui moment.

Serviciul de doliu poate include consiliere individuală sau de grup, sesiuni de terapie pentru gestionarea durerii și a pierderii, resurse pentru a înțelege procesul de doliu și pentru a-i ajuta să își exprime și să își gestioneze emoțiile în mod sănătos.

Acest serviciu este conceput pentru a ajuta familiile și îngrijitorii să treacă prin procesul de doliu într-un mod care să le permită să-și găsească echilibrul și să facă față schimbărilor care survin în viața lor. Este important să aibă un spațiu și un suport dedicat pentru a-și exprima durerea și pentru a găsi modalități să își reconstruiască viața după pierderea persoanei dragi.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Există dovada informării familiei și a îngrijitorilor pacientului cu BCP despre sprijinul pe care-l pot primi în cadrul serviciului de doliu
* Recomandarea serviciului de doliu este consemnată în documentele medicale/ FO
* În acordul de prelucrare a datelor beneficiarului serviciului de doliu există consemnat acceptul/refuzul pentru participarea la evaluarea calității serviciilor acordate
* Serviciul de doliu oferă informații despre pierderea unei persoane apropiate, durere și evoluția doliului
* Evaluarea structurată a doliului cuprinde evaluarea aspectelor emoționale, comportamentale, sociale, domenii spirituale și fizice și evaluarea riscurilor de la preluarea în îngrijirea paliativă
* Evaluarea structurată a doliului se face pe baza unui instrument adoptat de unitatea sanitară

**Enunț:**

**Cr Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienţilor cu grad de dependenţă crescut.**

Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu care să fie cât mai apropiat de mediul familial al pacientului, în special atunci când acesta are un grad de dependență crescut. Este ideal ca îngrijirea să fie adaptată pentru a fi oferită acasă sau într-un alt mediu care să ofere confort și sprijin, astfel încât pacientul să se simtă înconjurat de ceea ce îi este familiar.

Adaptarea îngrijirii paliative la nevoile și preferințele individuale ale pacientului și ale familiei sale este esențială pentru a oferi o îngrijire de calitate și pentru a permite pacientului să aibă o calitate a vieții cât mai bună posibilă în această etapă dificilă.

**Enunț:**

**C Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependenţă, respectând intimitatea și demnitatea acestuia.**

Infrastructura trebuie să permită o îngrijire confortabilă și specializată, cu spații care să fie adaptate pentru nevoile specifice ale pacientului, cum ar fi accesul facil pentru dispozitive medicale,

facilități sanitare adecvate, mobilier ajustabil pentru confortul pacientului și așa mai departe.

În plus, se acordă o importanță deosebită intimității și demnității pacientului. Aceasta înseamnă spații care să ofere intimitate în timpul consultațiilor medicale sau al îngrijirii, respectând confidențialitatea informațiilor medicale și oferind un mediu care să susțină confortul emoțional al pacientului și al familiei acestuia.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* + Toate paturile permit mobilizarea pacientului în poziții diferite
	+ Patul pacientului cu risc de escară are saltea antiescară
	+ Există elevator/elevatoare funcțional/funcționale
	+ Mobilizarea pacientului cu fotoliu rulant este facilă în toate spațiile medicale și/sau sanitare
	+ Intimitatea este asigurată în saloane cu mai multe paturi
	+ Există condiții adecvate pentru odihna aparținătorilor care optează pentru a fi alături de pacient
	+ Saloanele de îngrijire paliativă asigură confort şi intimitate pentru pacient şi aparţinător
	+ Unitatea sanitară asigură pacienților spații de socializare adecvate nevoilor acestora
	+ Există condiții pentru îmbăierea asistată a pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative
	+ Unitatea sanitară asigură spații exterioare de recreere
	+ Spațiile exterioare de reconfortare psihică respectă condițiile de siguranță a pacientului

**Enunț:**

**C Infrastructura permite desfăşurarea serviciilor conexe și complementare de îngrijire paliativă.**

În general, infrastructura de îngrijire paliativă este proiectată și organizată pentru a oferi o îngrijire umană și respectuoasă, ținând cont de nevoile și demnitatea fiecărui pacient. Este o componentă esențială pentru asigurarea unei îngrijiri de calitate în cadrul serviciilor paliative.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Spațiile pentru servicii conexe sunt amenajate corespunzător
* Spațiile pentru servicii complementare sunt amenajate corespunzător

**Enunț:**

**Cr Asistenţa medicală paliativă este acordată de o echipă interdisciplinară.**

Normativele minime de personal sunt următoarele:

• Echipa de bază

o 1 medic la 20-30 pacienţi

o 1 asistent medical la 10-15 pacienţi

o 1 asistent social la 50-60 pacienţi

• Alt personal opţional

o 1 îngrijitor la 6-8 pacienti

o 1 psiholog pe echipă la 50-60 pacienti

o Cleric (colaborator sau voluntar)

o Terpeuţi

o Voluntari

**Enunț:**

**C Echipa interdisciplinară care evaluează nevoile de îngrijiri paliative este adaptată nivelului de asistență paliativă asumat.**

Adaptarea echipei interdisciplinare la nivelul de asistență paliativă necesar se face prin implicarea și angajamentul profesioniștilor cu expertiză specifică în gestionarea și îngrijirea pacienților cu diverse nevoi medicale, psihologice, sociale și spirituale. Aceasta asigură furnizarea unei îngrijiri paliative holistice și complete, care să răspundă nevoilor individuale și să ofere suport adecvat pacientului și familiei sale.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Componența echipei de îngrijiri paliative este în concordanță cu tipul de îngrijire acordată (Unitate sanitară cu paturi, ambulator, domiciliu)
* Formarea profesională a echipei de îngrijiri paliative este în conformitate cu nivelul de îngrijiri palitive acordat

**Enunț:**

**C Echipa interdisciplinară de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire profesională continuă de paliație.**

Echipa interdisciplinară care îngrijește pacientul cu nevoi de paliație ar trebui să urmeze:

* Cursuri specializate**:** seminarii, workshop-uri și cursuri;
* Conferințe și evenimente**:** participarea la conferințe naționale sau internaționale în domeniul paliației;
* Studii de caz și discuții de echipă**:** analiza și discutarea cazurilor dificile sau complexe întâlnite în practică;
* Acces la resurse și literatură de specialitate**:** menținerea accesului la cele mai recente studii, ghiduri și resurse în domeniul paliației pentru a fi la curent cu cele mai bune practici;
* Experiență practică și stagii**:** posibilitatea de a lucra în diferite medii și cu diverse categorii de pacienți pentru a dobândi o experiență mai vastă și pentru a înțelege mai bine nevoile individuale ale pacienților și familiilor lor.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Planul de dezvoltare profesională a membrilor echipei interdisciplinare este fundamentat pe baza evaluării necesarului de dezvoltare profesională
* Planul de dezvoltare profesională a membrilor echipei interdisciplinare este respectat
* Toți medicii din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătirte profesională medicală continuă de paliație de minim 20 ore/an
* Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire profesională continuă de paliație de minim 10 ore/an
* Asistentul social din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an
* Psihologul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an
* Kinetoterapeutul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an

## Capitolul 2.3. Îngrijiri paliative-Echipe mobile

**Enunț:**

**S Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienţilor cu boli cronice progresive (BCP) şi familiilor şi urmăresc îmbunătăţirea calităţii vieţii acestora prin ameliorarea suferinţei.**

Scopul acestui standard este de a asigura un cadru de referinţă în furnizarea îngrijirilor paliative şi terminale într-un mod eficient şi de înaltă calitate pentru echipele mobile.

Direcțiile de acțiune:

- Identificarea nevoilor reale de îngrijiri medicale, raportat la contextul actual al serviciilor de sănătate;

- Managementul nevoii de îngrijiri paliative se face individualizat şi nediscriminatoriu;

- Asigurarea de sprijin familiei și persoanelor care îngrijesc pacientul cu boală cronică progresivă.

- Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat si adaptat pacienţilor cu grad de dependenţă crescut;

- Documentarea adecvată a echipei interdisciplinare de îngrijire paliativă.

**Enunt:**

**Cr Managementul pacienților cu boli cronice progresive (BCP) şi nevoi de îngrijiri paliative trebuie sa se faca individualizat şi nediscriminatoriu.**

**Enunț:**

**C Unitatea sanitară/furnizorul trebuie să își stabilească criteriile de acordare a îngrijirilor paliative pentru pacienţii cu boli cronice progresive (BCP).**

Astfel, la nivelul unității sanitare care acordă servicii paliative prin echipe mobile trebuie stabilite criteriile de acordare a serviciilor paliative la pacienții cu BCP, prin:

* definirea criteriior de evaluare inițială a pacientului/familiei/aparţinătorilor;
* bolile/ grupele de boli care pot fi tratate de catre echipe mobile, la domiciliul pacientului;
* adaptarea documentelor medicale la elementele de evaluare inițială și de monitorizare a evoluției bolii pacientului și a aparținătorilor implicați în îngrijirea paliativă;
* evaluarea impactului durerii asupra calității vieții pacientului în îngrijire paliativă;
* modalitățile prin care pacientul beneficiază de un management integrat al cazului;
* situațiile în care consultul implică specialiști din afara unității medicale și protocoalele de colaborare care se impun;
* modul de planificare și programare a consulturilor, cu criteriile de prioritizare.

Criteriile de acordare a îngrijirilor paliative trebuie comunicate / făcute public, prin:

* afișarea criteriilor de acordare a îngrijirilor paliative pe pagina de internet a furnizorului;
* punerea la dispoziția pacientului/familiei/aparţinătorilor a acestor informații prin intermediul unor materiale informative tipărite.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* La nivelul unității sanitare care acordă servicii paliative la domiciliu sunt stabilite criteriile de acordare a serviciilor paliative la pacienții cu BCP
* Criteriile de acordare a îngrijirilor paliative sunt comunicate / făcute public
* Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă informează furnizorii de servicii de sănătate din arealul deservit cu privire la criteriile de acordare a îngrijirilor paliative pentru selecționarea pacienților care necesită paliație

**Enunț:**

**C Identificarea nevoilor de îngrijiri paliative și planificarea îngrijirii paliative trebuie sa reflecte o abordare holistică centrată pe persoană și să încorporeze nevoile culturale, spirituale, fizice, psihologice și sociale ale pacientului.**

Practica modernă în diagnosticul și tratamentul pacientului presupune abordarea holistică a fiecărui pacient astfel încât să fie identificate toate nevoile pacientului.

Dovezile ştiinţifice au pus în evidenţă legătura strânsă dintre factorii socio-economici (loc de rezidenţă, venituri, statut social, etc.) şi starea de sănătate.

Astfel furnizorul evaluează și documentează nevoile pacientului și familiei din domeniul socio-economic în cadrul serviciilor de îngrijire paliativă.

***Indicatori - modalități propuse de validare***

* Furnizorul de îngrijiri paliative utilizează document standardizat pentru documentarea activităților desfășurate
* Evaluarea nevoilor de îngrijiri paliative include cel puțin aspectele fizice, psihologice, culturale și nevoi sociale și spirituale
* Evaluarea nevoilor de îngrijire paliativă ale pacientului cu BCP fundamentează planul de îngrijire al pacientului
* Gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia este consemnat în documentele medicale
* Obiectivele planului terapeutic sunt stabilite în parteneriat cu pacientul cu BCP sau/și familia și/sau îngrijitorii acestuia
* Modificările constatate la evaluările periodice ale pacientului sunt aduse la cunoștință pacientului sau/și familiei și/sau îngrijitorilor acestuia

**Enunț:**

**C**  **Nevoile de îngrijiri paliative la pacienţii cu boală cronică progresivă (BCP) trebuie abordate conform bunelor practici interne și internațional.**

Unitatea sanitară asigură îngrijirea pacientului și a aparținătorilor de către personal specializat și

perfecționat continuu prin echipa multidisciplinară.

Echipa multidisciplinară în îngrijirea paliativă, în conformitate cu standardele naționale, cuprinde minim:

• Medic

• As.medicali

• Asistent social

• Preot/Pastor

• Psiholog

• Kinetoterapeut

• Terapeut prin joc

• Logoped

• Dietetician

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Există corelare între nevoile de îngrijiri paliative stabilite și rezultatul evaluării riscurilor
* Riscurile pacientului cu BCP sunt reevaluate cu periodicitatea stabilită prin protocolul utilizat de unitatea sanitară
* Nevoile de îngrijire paliativă sunt reevaluate cu periodicitatea stabilită prin protocolul utilizat de unitatea sanitară
* Planul de îngrijire este actualizat în funcție de evaluarea și monitorizarea riscurilor
* Planul terapeutic aplicat este actualizat în funcție de evaluarea și monitorizarea riscurilor
* În documentele medicale sunt consemnate intervențiile făcute de fiecare membru al echipei interdisciplinare implicat în îngrijirea pacientului cu nevoi de îngrijire paliativă
* Stabilirea terapiilor conexe, în funcţie de necesităţile și evoluția pacienţilor cu nevoi de îngrijiri paliative, este documentată în FO/planul terapeutic
* Este consemnată evaluarea pe baza căreia se ia decizia tranziției pacientului spre un alt nivel de îngrijire paliativă
* Unitatea sanitară are stabilit protocol pentru starea terminală

**Enunț:**

**C Tratamentul durerii va fi adaptat și documentat prin corelarea scorului de durere cu protocolul de terapie al durerii.**

Durerea şi celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate:

• Instruirea personalului medical cu privire la utilizarea scorului durerii;

• Elaborarea și evaluarea periodică a respectării protocoalelor privind terapia durerii pentru adoptarea măsurilor de îmbunătățire a terapiei durerii;

• Monitorizarea consemnării în Fișa pacientului a administrării conform prescripției medicale a tratamentului cu opioide (ex. Morfină) și a oricărui alt tratament la pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative;

• Evaluarea impactului durerii asupra calității vieții pacientului în îngrijire paliativă.

Pentru evaluare sunt utilizate scoruri de identificare și evaluare clinică, care măsoară intensitatea simptomele des întâlnite: durerea, dispneea, greața și vărsăturile, constipația, delirul și agitația.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Eficacitatea tratamentului antialgic se evaluează după fiecare administrare
* Adaptarea tratamentului cu opioide (administrare orală, transcutanată și injectabilă) a pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este documentată în FO/documentele medicale

**Enunț:**

**C Unitatea sanitară își evaluează constant activitatea.**

Stabilirea principiilor de bază, a valorilor şi a orientărilor generale ale unității sanitare în domeniul calităţii, care stau la baza luării deciziilor se vor regăsi în politica calităţii.

Pentru implementarea sistemului de management al calităţii este necesar ca la nivelul organizaţiei să existe un plan de acţiuni care vizează îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi siguranţei pacienţilor, plan ce trebuie asumat de către conducerea unității şi adus la cunoştinţa angajaţilor.

Conducerea unității trebuie să asigure resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.

De asemenea, furnizorul trebuie să stabilească obiectivele referitoare la calitate, resursele și activitățile care contribuie la realizarea lor.

Acest proces presupune ca la nivel organizațional să existe planificarea activităților de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare şi planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității, elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.

Rezultatele autoevaluării pot fi utilizate la analizele managementului, la îmbunătăţirea continuă a proceselor desfăşurate la nivelul unității şi implicit, a sistemului de management al calităţii.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Sunt stabiliți indicatori pentru evaluarea obiectivelor/rezultatelor propuse, a eficacitatății îngrijirii paliative
* Există evaluări periodice ale realizării obiectivelor/rezultatelor propuse, a eficacitatății îngrijirii paliative
* Unitatea sanitară evaluează periodic utilizarea scorurilor / scalelor de evaluare a riscurilor în stabilirea și reconsiderarea planului terapeutic
* Unitatea sanitară evaluează periodic terapia durerii
* Unitatea sanitară evaluează periodic riscul de apariție a escarelor
* Unitatea sanitară evaluează periodic comunicarea cu aparținătorii și/sau îngrijitorii pacienților

**Enunț:**

**C Continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este asigurată.**

Evaluarea stării inițiale a pacientului permite medicului să decidă dacă dispune de resursele necesare pentru a prelua pacientul în îngrijire sau, dacă patologia acestuia, depășește competența furnizorului, îl poate orienta către alt serviciu medical.

Pentru evitarea acordării de îngrijiri incomplete sau întârzieri în acordarea acestora, furnizorul trebuie să se preocupe de identificarea patologiilor pentru a căror tratare dispune de resurse și să definească modul în care pacientul va beneficia de serviciile de sănătate.

Continuitatea asistenței medicale și a îngrijirii este asigurată de personalul de specialitate, care se bazează pe continuitatea disponibilității resurselor materiale ale furnizorului.

Asigurarea continuității asistenței medicale presupune și acuratețea transferului informațiilor între profesioniști. Evaluările, recomandările, activitățile desfășurate și rezultatele obținute sunt consemnate în documentele medicale, parte a procesului de transfer a informației necesare în abordarea de tip management de caz, ca parte a continuității îngrijirilor de sănătate.

Continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opţiunile pacientului:

* stabilirea setului de date cuprins în documentele care însoțesc pacientul, care includ și planul terapeutic și de îngrijire;
* comunicarea pacientului, medicului curant și de familie a informațiilor cu privire la continuitatea îngrijirilor;
* recomandările privind continuitatea îngrijirilor au în vedere și opțiunile exprimate de către pacient.

Continuitatea procesului de îngrijire din punct de vedere al comunicarii se realizeaza prin:

* stabilirea și reglementarea modalităților de comunicare cu specialiștii altor unități sanitare, în vederea asigurării continuității tratamentului pacienților pentru o recuperare eficientă a acestora;
* asigurarea unei evidenţe a datelor de contact pentru serviciile medicale conexe;
* accesul medicilor la DES;
* reglementarea comunicării atât cu alte unități sanitare în cazul depășirii de competențe, cât și cu unități de asistență socială (pacienți fără familie și posibilitatea de a se autoîngriji), în vederea asigurării accesului pacienților la servicii adecvate pe care furnizorul nu le poate acorda.

Pentru a permite continuitatea îngrijirilor pentru pacient înregistrările efectuate în sistemul de asistenţă medicală trebuie să fie clare, precise, corecte și făcute în timp real (ceea ce înseamnă că trebuie să fie înregistrate cât mai aproape posibil de momentul efectiv al apariţiei evenimentelor descrise). Beneficiile acestui tip de înregistrari sunt:

* reducerea birocrației nejustificate;
* colectarea și înregistrarea de date valide;
* asigurarea trasabilitatii proceselor;
* comunicarea eficientă între profesioniști;
* asigurarea suportului material în comunicarea cu pacientul.

Furnizorul trebuie să se asigure că reglementează, supraveghează și îmbunătățește procesele care țin de:

* interacțiunea cu pacientul: obținerea consimțământului informat, evaluarea necesarului de comunicare, modul în care se transmit informațiile esențiale și cadrul în care are loc acest proces;
* evidența datelor de contact a altor unități cu care furnizorul colaborează;
* afișarea listei cu furnizorii din zonă care oferă servicii de sănătate în vederea efectuării de investigații;

Furnizorul oferă informații pacientului/aparținătorilor privind activitatea medicală prestată, referitor la îngrijirile pe care le pot accesa ulterior serviciului medical efectuat, prin:

* planificarea instruirilor cu privire la modul de comunicare intre membrii echipelor medicale.
* procesele verbale de instruire cu privire la modul de comunicare între membrii echipelor medicale;
* lista US și unităților administrative cu care există colaborări;
* materiale informative pentru pacienți/aparținători privind continuitatea asistenței medicale.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Modalitatea de abordare a pacientului în situația escaladării nevoii de îngrijire paliativă este reglementată
* Trecerea pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative de la un nivel de asistență la altul este stabilită în comun de medicii furnizorilor de îngrijiri paliative implicați

**Enunț:**

**C Comunicarea cu pacienții/aparținătorii/îngrijitorii facilitează desfășurarea îngrijilor palliative.**

 Furnizorul trebuie să stabilească modul de transmitere internă a informațiilor, de la personal și

organizație către pacient/aparținători, precum și între profesioniștii implicați în continuitatea serviciilor de sănătate din perspectiva accesului la îngrijirile medicale, creând premisele acordării asistenței medicale centrate pe pacient.

Personalul din cadrul furnizorului trebuie să comunice într-un mod eficient cu pacientul și aparținătorii, asigurând calitatea și corectitudinea informațiilor transmise, respectiv aspectele care țin de actul medical, cu scopul de a-i încuraja să devină parteneri ai procesului de îngrijiri de sanatate prin decizii informate.

 Furnizorul se preocupă de îmbunătățirea comunicării instituționale și profesionale cu pacientul și încurajarea proceselor educaționale orientate spre pacient și a introducerii conceptului de educație terapeutică cu implicarea activă a pacientului în procesul de îngrijiri de sănătate, optimizarea diagnosticării și terapiei prin abordarea multidisciplinară a pacientului de către echipe formate cu profesioniști, atât din cadrul furnizorului, cât și ai altor unități medicale, dupa caz.

Comunicarea medicală este principalul factor de armonizare a eforturilor depuse de diferiți profesioniști din sănătate în slujba pacientului aflat în îngrijirea lor. De aceea, furnizorul trebuie să se asigure că:

- personalul medical comunică într-un mod profesional toate aspectele care țin de asigurarea asistenței medicale în echipa care este responsabilă de asistența medicală și că personalul depune toate eforturile pentru a asigura calitatea și corectitudinea informațiilor transmise;

- personalul medical comunică într-o manieră profesională cu pacientul și aparținătorii săi, implicându-i și încurajându-i să devină parteneri ai procesului de îngrijiri medicale.

 Îngrijirea paliativă este o îngrijire caldă, personală, centrată pe pacient şi pe familie. Personalul echipei interdisciplinare va folosi în comunicarea cu pacientul / familia / aparținătorii un limbaj al alinării, care este modul prin care un specialist (medic, psiholog clinician, psihoterapeut, psiholog, consilier psihologic şi spiritual) sau o persoană instruită îşi exprimă compasiunea, empatia şi simpatia faţă de o altă persoană ce trece printr-o traumă psihică, emoţională sau fizică pentru a-i atenua durerile şi anxietatea, în aşa fel încât să poată depăşi cu bine episodul sau starea negativă prin care a trecut şi să-şi recapete tonusul emoţional şi încrederea că poate merge mai departe sau să accepte cu demnitate situaţia în care se găseşte.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* În FO/documente medicale sunt consemnate datele de contact ale persoanei care poate lua decizii în locul pacientului cu capacitate decizională alterată
* În documentele medicale/FO sunt consemnate opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacient cu privire la comunicarea evoluției bolii sale către acesta și/sau familie/aparținători
* Accesul familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP la informațiile medicale ale pacientului respectă decizia acestuia
* Informarea/pregătirea aparținătorilor pentru preluarea pacienților la domiciliu și continuarea terapiei specifice este reglementată

**Enunț:**

**Cr Asistenţa medicală paliativă asigură sprijin familiei și persoanelor care îngrijesc pacientul cu boală cronică progresivă (BCP).**

**C Familia și îngrijitorii pacientului cu boală cronică progresivă sunt susținuți în procesul de îngrijire al pacientului.**

Personalul medical comunică într-o manieră profesională cu pacientul și familia sa, implicându-i și încurajându-i să devină parteneri ai procesului de îngrijiri medicale. Astfel, furnizorul reglementează, supraveghează și îmbunătățește procesele care țin de interacțiunea cu pacientul: obținerea consimțământului informat, evaluarea necesarului de comunicare, adaptarea la nevoile culturale și spirituale ale pacientului, modul în care se transmit informațiile esențiale și cadrul în care are loc acest proces.

Pentru a asigura îndeplinirea cerințelor privind comunicarea eficientă cu pacientul/aparținătorul, furnizorul trebuie să utilizeze sisteme standardizate de codificare a bolilor, simboluri și definiții standardizate.

Este recomandabil ca pacienții și familia să participe în mod activ la propria îngrijire. Rolul echipei medicale este să pună la dispoziția pacienților și familiei informații pe înțelesul lor asupra posibilelor erori care pot apare în administrarea medicamentelor de risc înalt, prin asigurarea materialelor (documentelor) scrise astfel constituind încă o barieră în calea producerii erorilor de medicație.

 Informarea şi educarea pacientului/aparţinătorilor diminuează riscurile, previn accidentele crescând calitatea vieții. Educarea terapeutică a pacientului/aparţinătorilor se face în funcție de nivelul de instruire, de atitudinea față de boală, de perceptele religioase etc.

***Indicatori- modalitati propuse de validare***

* Gradul de înțelegere și nivelul dorit de implicare a familiei și îngrijitorilor pacientului în îngrijirea pacientului cu BCP sunt consemnate în documentele medicale/FO
* Nevoile și preferințele familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP sunt consemnate în vederea stabilirii susținerii acestora
* Unitatea sanitară organizează sesiuni de consiliere psiho-emoțională pentru familie și/sau îngrijitorii pacientului
* Unitatea sanitară stabilește metodologia de instruire a familiei și/sau îngrijitorilor pacientului cu BCP specifică pentru fiecare etapă - asistarea pacientului în condiții de siguranță, îngrijirea acestuia și gestionarea riscurilor, semnele și simptomele apropierii morții și pașii de urmat după deces
* Există parteneriate cu alți furnizori din comunitate pentru a sprijini familiile și îngrijitorii pacientului cu BCP

**Enunț:**

**C Familia și îngrijitorii pacientului cu boală cronică progresivă (BCP) primesc serviciul de doliu adaptat nevoilor lor.**

Managementul pacientului aflat în stare terminală cuprinde:

* modalitatea de îngrijire a pacientului terminal;
* comunicarea cu pacientul terminal;
* comunicarea cu aparținătorii în perioada terminală;

 – evaluarea familiei cu privire la nevoia de servicii de suport din perioada de doliu.

Serviciile de suport în perioada de doliu

* scop: facilitarea procesului de adaptare și reintegrarea socială a familiei/persoanei care a suferit pierderea unui membru apropiat;

 – suportul în perioada de doliu cuprinde trei componente:

(1) se adresează tuturor familiilor afectate de pierdere și constă în oferirea de informații sau suport minim prin 1-2 întâlniri cu echipa serviciului de îngrijiri paliative specializate, în primele 6 săptămâni după decesul pacientului;

(2) se adresează membrilor familiilor cu nevoi complexe de adaptare la pierdere, identificate în timpul asistării pacientului cu boală cronică progresivă (profesioniști îngrijiri paliative și consiliere de doliu, membri ai echipei de îngrijiri paliative specializate care a fost implicată în asistența pacientului decedat); până la 12 luni după decesul pacientului; 10-15% din persoanele afectate - risc de doliu patologic;

(3) se adresează persoanelor afectate de o suferință prelungită/patologică datorată decesului unui membru de familie sau unei persoane apropiate; suferința patologică se poate manifesta prin probleme mentale și fizice severe - insomnie, depresie, imunodepresie, boli cardiace, suicid, afectare a integrării sociale; suportul este asigurat prin servicii specializate psihiatrice.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Există dovada informării familiei și a îngrijitorilor pacientului cu BCP despre sprijinul pe care-l pot primi în cadrul serviciului de doliu
* Recomandarea serviciului de doliu este consemnată în documentele medicale/ FO
* În acordul de prelucrare a datelor beneficiarului serviciului de doliu există consemnat acceptul/refuzul pentru participarea la evaluarea calității serviciilor acordate
* Serviciul de doliu oferă informații despre pierderea unei persoane apropiate, durere și evoluția doliului
* Evaluarea structurată a doliului cuprinde evaluarea aspectelor emoționale, comportamentale, sociale, domenii spirituale și fizice și evaluarea riscurilor de la preluarea în îngrijirea paliativă
* Evaluarea structurată a doliului se face pe baza unui instrument adoptat de unitatea sanitară

**Enunț:**

**Cr Asistenţa medicală paliativă este acordată de o echipă interdisciplinară.**

**C Echipa interdisciplinară care evaluează nevoile de îngrijiri paliative este adaptată nivelului de asistență paliativă asumat.**

 Practica modernă în diagnosticul și tratamentul pacientului presupune abordarea holistică a fiecărui pacient astfel încât să fie identificate toate nevoile pacientului. Abordarea multi- sau interdisciplinară înseamnă resurse economisite și accesibilitate sporită a pacientului la servicii de sănătate conform nevoilor identificate. Pentru aceasta sunt stabilite:

* bolile/ grupele de boli care necesită o abordare multi- sau interdisciplinară pentru acestea se stabilește traseul interdisciplinar;
* modalitățile prin care pacientul beneficiază de un management integrat al cazului;
* situațiile în care consultul implică specialiști din afara unității medicale și protocoalele de colaborare care se impun;
* modul de planificare și programare a consulturilor, cu criteriile de prioritizare.

Membrii echipei interdisciplinare evaluează iniţial şi pe parcurs nevoile pacientului şi familiei, le identifică, discută şi formulează obiective şi acţiuni pentru planul de management al cazului. Planul de management al pacientului cu nevoie de îngrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, şi actualizat în funcţie de evoluţia patologiei sau nevoilor în schimbare ale pacientului/familiei/aparţinătorilor.

Echipa interdisciplinară facilitează autonomia pacientului și familiei prin accesul la informație și decizie. Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparţinătorii este permanentă şi parte definitorie a îngrijirii paliative. Furnizorul asigură evaluarea, consemnarea opțiunilor specifice exprimate de către pacient cu privire la informațiile medicale ce pot fi transmise către terți și consemnarea serviciului de consiliere acordat pacientului/aparținătorilor.

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Componența echipei de îngrijiri paliative este în concordanță cu tipul de îngrijire acordată (Unitate sanitară cu paturi, ambulator, domiciliu)
* Formarea profesională a echipei de îngrijiri paliative este în conformitate cu nivelul de îngrijiri palitive acordat

**Enunț:**

**C Echipa interdisciplinară de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire profesională continuă de paliație.**

Un program de pregătire profesională continuă în domeniul paliației ar trebui sa includa multiple aspecte pentru a asigura o pregătire completă și actualizată pentru membrii echipei interdisciplinare de îngrijire paliativă. Iată câteva componente esențiale ale unui astfel de program:

* Educație continuă și formare practică
* Studii de caz și discuții interactive
* Acces la resurse și literatură actualizată
* Conferințe și evenimente de specialitate
* Supervizare și mentorat
* Experiență practică și stagii

***Indicatori- modalități propuse de validare***

* Planul de dezvoltare profesională a membrilor echipei interdisciplinare este fundamentat pe baza evaluării necesarului de dezvoltare profesională.
* Planul de dezvoltare profesională a membrilor echipei interdisciplinare este respectat.
* Toți medicii din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătirte profesională medicală continuă de paliație de minim 20 ore/an.
* Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire profesională continuă de paliație de minim 10 ore/an.
* Asistentul social din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an.
* Psihologul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an.
* Kinetoterapeutul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliație de minim 6 ore/an.

**Capitolul 3 - Bibliografie și Legislație specifică**

1. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii – (\*Republicare\*), cu modificările și completările ulterioare Publicată în M.Of. nr. 372 din 28.04.2006

2. Legea nr. 185 din 24 iulie 2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate - Publicată în M.Of. nr. 599 din 26.07.2017

3. Legea nr. 31 din 16 noiembrie 1990 privind societăţile comerciale (\*Republicare\*) - Publicată în M.Of. nr. 1066 din 17.11.2004

4. Legea nr. 598 din 31 octombrie 2001 pentru aprobarea Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical - Publicată în M.Of. nr. 711 din 08.11.2001

5. Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului. Forma consolidată este realizată prin includerea modificărilor şi completărilor aduse de: Legea nr. 50 din 30 martie 2016; Legea nr. 191 din 24 iulie 2017; Legea nr. 347 din 27 decembrie 2018; Legea nr. 150 din 24 iulie 2019; Legea nr. 186 din 17 octombrie 2019 - Publicată în M.Of. nr. 51 din 29.01.2003

6. Legea 53/2003 Codul Muncii (\*Republicare\*) - Publicată în M.Of. nr. 345 din 18.05.2011

7. Legea nr. 12 din 20 ianuarie 2015 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 53/2003 -Codul muncii - Publicat în M.Of. nr. 52 din 22.01.2015

8. Legea nr. 3 din 8 ianuarie 2021 privind prevenirea, diagnosticarea şi tratamentul infecţiilor asociate asistenţei medicale din unităţile medicale şi din centrele rezidenţiale pentru persoanele adulte aflate în dificultate din România - Publicată în M.Of. nr. 22 din 08.01.2021

9. Legea nr. 16 din 2 aprilie 1996 legea Arhivelor naționale – (\*Republicare\*)

10. Legea nr. 138 din 30 aprilie 2013 pentru modificarea şi completarea Legii Arhivelor Naţionale nr. 16/1996 - Publicată în M.Of. nr. 253 din 07.05.2013

11. Legea nr.135 din 15 mai 2007 privind arhivarea documentelor în formă electronică\*) - Republicată - Publicat în M. Of. Nr. 138 din 25.02. 2014

12. Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice \* - Republicată - Publicat în M.Of. nr. 652 din 13.09.2012

13. Legea nr. 129 din 12 iulie 2012 pentru modificarea şi completarea Legii sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 - Publicată în M.Of. nr. 487 din 17.07.2012

14. Legea nr. 190 din 18 iulie 2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor) - Publicată în M.Of. nr. 651 din 26.07.2018

15. Legea nr. 233 din 27 noiembrie 2019 pentru modificarea art. 8 alin. (1) din Legea nr. 190/2018

16. Legea nr. 319 din 14 iulie 2006 securității și sănătății în muncă – (\*actualizată\*) în 19 martie 2021 prin Legea 51/2012, în 24 octombrie 2012 prin Legea 187/2012, în 20 iulie 2018 prin Legea 198/2018, în 21 iulie 2021 prin Legea 208/2021 - Publicată în M.Of. nr. 646 din 26.07.2006

17. Legea nr. 278 din 12 noiembrie 2015 pentru modificarea și completarea Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 144/2008 - Publicată în M.Of. nr. 884 din 25.11.2015

18. Legea nr. 53 din 17 aprilie 2014 pentru aprobarea Ordonanţei de Urgență nr. 144 din 28 octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Codul Muncii - Publicată în M.Of. nr. 301 din 24.04.2014

19. Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap – Republicare - Publicată în M.Of. nr. 1 din 03.01.2008

20. Legea nr. 82 din 24 decembrie 1991 a contabilităţii - Republicare\*) Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 454 din data de 18 iunie 2008

21. Legea nr. 98 din 19 mai 2016 privind achiziţiile publice Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 390 din data de 23 mai 2016

22. Legea nr. 333 din 8 iulie 2003 privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor şi protecţia persoanelor - REPUBLICARE\*) Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 189 din data de 18 martie 2014

23. Legea nr. 544 din 12 octombrie 2001 privind liberul acces la informaţiile de interes public Publicată în Monitorul Oficial cu numărul 663 din data de 23 octombrie 2001

24. Legea nr. 500 din 11 iulie 2002 privind finanţele publice Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 597 din data de 13 august 2002

25. Legea audiovizualului nr. 504 din 11.07.2002 - emitent Parlamentul

26. Ordonanţa Guvernului nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale (\*Republicare\*) - Publicată în M.Of. nr. 568 din 01.08.2002

27. Ordonanţa Guvernului nr. 25 din 27 august 2019 pentru modificarea și completarea Legii 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate – Publicată in M. Of. nr 712 din 29.08.2019

28. Ordonanţa Guvernului nr. 26 din 30 ianuarie 2000 cu privire la asociații și fundații, cu modificările și completările ulterioare - Publicată în M.Of. nr. 39 din 31.01.2000

29. Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului nr. 96 din 9 noiembrie 2018 privind prorogarea unor termene, precum şi pentru modificarea şi completarea unor acte normative - Publicată în M.Of. nr. 963 din 14.11.2018

30. Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului nr. 92 din 19 august 2021 privind regimul deșeurilor - Publicată în M.Of. nr. 820 din 26.08.2021

31. Hotărârea Guvernului nr. 1092 din 16 august 2006 privind protecţia lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenţi biologici în muncă Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 762 din data de 7 septembrie 2006

32. Hotărârea Guvernului nr. 1 din 4 ianuarie 2012 pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.218/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate în muncă pentru asigurarea protecţiei lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezenţa agenţilor chimici, precum şi pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1.093/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate pentru protecţia lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenţi cancerigeni sau mutageni la locul de muncă şi a Hotărârii Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătăţii lucrătorilor Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 44 din data de 19 ianuarie 2012

33. Hotărârea Guvernului nr. 617 din 23 iulie 2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide - Publicată în M.Of. nr. 589 din 06.08.2014

34. Hotărârea Guvernului nr. 571 din 10 august 2016 pentru aprobarea categoriilor de construcții și amenajări care se supun avizării și/sau autorizării privind securitatea la incendiu - Publicată în M.Of. nr. 628 din 16.08.2016

35. Hotărârea Guvernului nr. 157 din 27 februarie 2020 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1.218/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate în muncă pentru asigurarea protecţiei lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezenţa agenţilor chimici, precum şi pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.093/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate pentru protecţia lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenţi cancerigeni sau mutageni la locul de muncă - Publicat în M.Of. nr. 178 din 04.03. 2020

36. Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 din 26 iunie 2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022- Publicată în M.Of. nr. 633 bis din 28.06.2021

37. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 153 din 26 februarie 2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale - Publicat în M.Of. nr. 353 din 23.05.2003

38. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 318 din 07 sprilie 2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea şi funcţionarea îngrijirilor la domiciliu, precum şi autorizarea persoanelor juridice şi fizice care acordă aceste servicii - Publicat în M.Of. nr. 255 din 12.04.2003

39. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 35 din 16 ianuarie 2007 privind modificarea Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 153/2003 - Publicat în M.Of. nr. 57 din 24.01.2007

40. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1338 din 31 iulie 2007 pentru aprobarea Normelor privind structura funcţională a cabinetelor medicale şi de medicină dentară - Publicat în M.Of. nr. 575 din 22.08.2007

41. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1221 din 16 septembrie 2010 privind aprobarea Ghidului de practică medicală pentru specialitatea oncologie - Publicat în M.Of. nr. 723 bis din 29.10.2010

42. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri palliative - Publicat în M.Of. nr. 199 bis din 05.03.2018

43. Ordinul Ministerului Sănătății MS 1226/2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale şi a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza naţională de date privind deşeurile rezultate din activităţi medicale

44. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 308 din 17 martie 2015 privind controlul prin verificare periodică a dispozitivelor medicale puse în funcţiune şi aflate în utilizare - Publicat în M.Of. nr. 194 din 24.03.2015

45. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 493/21.04.2015 pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi a Instrucţiunilor privind utilizarea şi modul de completare a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - Publicat în M.Of. nr. 299 din 30.04.2015

46. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 488 din 15 aprilie 2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 - Publicată în M.Of. nr. 340 din 04.05.2016

47. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1410 din 12 decembrie 2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003 - Publicat în M.Of. nr. 1.009 din 15.12.2016

48. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1101 din 30 septembrie 2016 privind aprobarea normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare - Publicat în M.Of. nr. 791 din 07.10.2016

49. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 974 din 2 iunie 2020 privind stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual și a fișei de evaluare a personalului de execuție și de conducere - Publicat în M.Of. nr. 471 din 03.06.2020

50. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1312 din 22 iulie 2020 privind organizarea şi funcţionarea structurii de management al calităţii serviciilor de sănătate în cadrul unităţilor sanitare cu paturi şi serviciilor de ambulanţă, în procesul de implementare a sistemului de management al calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului - Publicat în M.Of. nr. 692 din 03.08.2020

51. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1761 din 3 septembrie 2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curăţarea, dezinfecţia şi sterilizarea în unităţile sanitare Normelor tehnice privind curăţarea, dezinfecţia şi sterilizarea în unităţile sanitare publice şi private, evaluarea eficacităţii procedurilor de curăţenie şi dezinfecţie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfecţia mâinilor în funcţie de nivelul de risc, precum şi metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare şi controlul eficienţei acestuia - Publicat în M.Of. nr. 882 din 14.09.2021

52. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1608 din 14 iunie 2022 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.301/2007 pentru aprobarea Normelor privind funcţionarea laboratoarelor de analize medicale - Publicat în M. Of. Nr. 620 din 24.06. 2022

53. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Ministerului Internelor şi Reformei Administrative nr. 2011/22.11.2007 MSP/MIRA privind unele măsuri în asistența medicală de urgență prespitalicească

54. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 106 din 3 februarie 2015 pentru aprobarea Regulamentelor-cadru de organizare şi funcţionare a comisiilor naţionale şi a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente şi materiale sanitare, a standardelor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispositive medicale, de medicamente şi materiale sanitare, precum şi a metodologiei-cadru de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente şi materiale sanitare - Publicat în M.Of. nr. 124 din 18.02.2015

55. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1123/849/2016 pentru aprobarea datelor, informațiilor și procedurilor operaționale necesare utilizării și funcționării dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului - Publicat în M.Of. nr. 806 din 13.10.2016

56. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021- Publicat în M.Of. nr. 642 bis din 30.06.2021

57. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 712 din 23 iunie 2005 pentru aprobarea Dispoziţiilor generale privind instruirea în domeniul prevenirii şi stingerii incendiilor şi instruirea în domeniul protecţiei civile Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 599 din data de 12 iulie 2005

58. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 163 din 28 februarie 2007 pentru aprobarea Normelor generale de apărare împotriva incendiilor Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 216 din data de 29 martie 2007

59. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 129 din 25 august 2016 pentru aprobarea Normelor metodologice privind avizarea şi autorizarea de securitate la incendiu şi protecție civilă - Publicat în M.Of. nr. 675 din 01.09.2016

60. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 66/2020 pentru modificarea și completarea Ordinului M.A.I. nr. 129/2016 - Publicat în M.Of. nr. 370 din 08.05.2020

61. Ordinul Ministerului Mediului și Dezvoltării Durabile nr.1798/2007 din 19 noiembrie 2007 pentru aprobarea Procedurii de emitere a autorizaţiei de mediu cu completarile si modificarile ulterioare

62. Ordinul Ministerului Mediului și Padurilor nr. 1298 din 28 aprilie 2011 pentru modificarea Procedurii de emitere a autorizaţiei de mediu, aprobată prin Ordinul ministrului mediului şi dezvoltării durabile nr. 1.798/2007 - Publicat în M.Of. nr. 316 din 09.05.2011

63. Ordinul Ministerului Dezvoltării Regionale și Administrației Publice nr. 189 din 12 februarie 2013 pentru aprobarea reglementării tehnice "Normativ privind adaptarea clădirilor civile şi spaţiului urban la nevoile individuale ale persoanelor cu handicap, indicativ NP 051-2012 - Revizuire NP 051/2000" - Publicat în M.Of. nr. 21 bis din 05.03.2013

64. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Ministerului Mediului și al Autorității Naționale Sanitar Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 629 din 31 mai 2017 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituţional şi a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 - Publicat în M.Of. nr. 563 din 17.07.2017

65. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Ministerului Mediului și al Autorității Naționale Sanitar Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 900 din 21 iunie 2017 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului institutional pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 - Publicat în M.Of. nr. 563 din 17.07.2017

66. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Ministerului Mediului și al Autorității Naționale Sanitar Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 82 din 11 iulie 2017 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituţional şi a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 - Publicat în M.Of. nr. 563 din 17.07.2017

67. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice - Publicat în M.Of. nr. 387 din 07.05.2018

68. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 353 din 09 octombrie 2019 privind aprobarea Standardelor Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu - Publicat în M.Of. nr. 856 din 23.10.2019

69. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 53 din 19 februarie 2020 privind aprobarea documentelor necesare înscrierii unităţilor sanitare din ambulatoriu în procesul de acreditare - Publicat în M.Of. nr. 164 din 28.02.2020

70. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 186 din 29 mai 2020 pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditare - Publicat în M.Of. nr. 485 din 09.06.2020

71. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 187 din 29 mai 2020 pentru modificarea Metodologiei de evaluare şi acreditare a unităţilor sanitare din ambulatoriu, aprobată prin Ordinul preşedintelui Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 358/2019 - Publicat în M.Of. nr. 474 din 04.06.2020

72. NORME METODOLOGICE din 11 octombrie 2006 de aplicare a prevederilor Legii securitatii si sanatatii în munca nr. 319/2006

73. NORMATIV din 16 decembrie 2009 de securitate la incendiu a parcajelor subterane pentru autoturisme, indicativ NP 127:2009 Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 74 din data de 2 februarie 2010

74. NORME TEHNICE din 3 decembrie 2012 privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 855 din data de 18 decembrie 2012

75. Manualul de Sănătate publică și management sanitar, Coordonator: Prof. Dr. Vladescu Cristian, Editura Cartea Universitară, 2004

76. Metodologie de implementare a standardului de control intern “managementul riscurilor” http://www.sgg.gov.ro

77. Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative, Editor: Fundația HOSPICE Casa Speranței sub redacția conf. Dr. Daniela Mosoiu, 2014

78. Ghidul Angelescu de terapie antimicrobiana, ed. 2018, Elisabeta Benea, Liana Cătălina Gavriliu, Cristina Popescu, Gabriel Adrian Popescu, Șerban Benea; Ed. Houston NPA, 2018

79. Strategia națională de sănătate 2014-2020 - Ministerul Sănătății – noiembrie 2014

80. The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Scale, https://www.glasgowcomascale.org

**Livrabil comun:**

**Cezar Radu …………………**

**Adela Stoica …………………**

**Georgiana Bratucu ……………………**

1. Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate. [↑](#footnote-ref-1)