



UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

 <b>ÎNGRIJIRI PALIATIVE ȘI LA DOMICILIU</b>				
				
	<p><b>METODOLOGIE pentru desfășurarea unor activități de cercetare în domeniul calității serviciilor de sănătate</b></p>			

2020





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



ÎNGRIJIRI PALIATIVE  
ȘI LA DOMICILIU

## **METODOLOGIE pentru desfășurarea unor activități de cercetare în domeniul calității serviciilor de sănătate**

2020





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**

**Lucrare realizată de:**

**SL Dr. As. Med. Nicoleta Mitrea - Universitatea Transilvania Brașov ,  
HOSPICE Casa Speranței**

**Dr. Nicoleta De Cecco - Autoritatea Națională de Management al Calității în  
Sănătate**

**Cristina Savu - HOSPICE Casa Speranței**

**Psih. Doina Găman - HOSPICE Casa Speranței**

**Conf. Dr. Daniela Moșoiu - Universitatea Transilvania Brașov , HOSPICE Casa  
Speranței**

**Editare și revizuire:**

**Dr. Marius Filip- Autoritatea Națională de Management al Calității în  
Sănătate**

**Oana Predoiu- HOSPICE Casa Speranței**

**Andreea Szabo- HOSPICE Casa Speranței**





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## CUPRINS

Capitolul I- INTRODUCERE .....	9
I.1 Scopul și utilitatea ghidului.....	9
I.2 Informații despre proiectul PAL - PLAN .....	9
<b>CAPITOLUL II. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ - definire, particularități, mediu de îngrijire.....</b>	<b>10</b>
Capitolul III TEORII ȘI METODOLOGII DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CALITĂȚII.....	14
III.1 Teorii și metodologii de îmbunătățire a calității - “experți” în domeniul calității și modele de succes în industrie.....	14
III.1.1 W.E. Deming și programul în 14 puncte .....	14
III.1.2 Contribuția lui J.M. Juran în domeniul managementului calității.....	15
III.1.3 A.V. Feigenbaum - părintele conceptului de îmbunătățire a calității .....	17
III.1.4 Kaoru Ishikawa - creatorul conceptului de îmbunătățire a calității .....	18
III.1.5 Genichi Taguchi - promotorul unei metode revoluționare de inginerie a calității .....	20
III.1.6 Philip B. Crosby și conceptele sale.....	21
III.1.7 SIX SIGMA .....	22
III.1.8 LEAN SIX SIGMA .....	24
III.2 CALITATEA ÎN SISTEMUL MEDICAL .....	28
Capitolul IV ÎNGRIJIRII PALIATIVE - aspecte particulare pentru asigurarea unei îngrijiri de calitate .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
IV. 1 Cultura organizației .....	32
IV.2 Recrutarea, selecția și evaluarea performanțelor profesioniștilor .....	33
IV.3 Îngrijirea acordată pacienților.....	37
IV.4 Comunicarea în cadrul echipei de paliativă, externă și cu pacientul și familia acestora .....	40
IV.5 Riscuri potențiale în îngrijiri paliative .....	41
Concluzii.....	42





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**

## Cap. V APLICAREA METODOLOGIILOR DE ÎMBUNĂȚĂȚIREA CALITĂȚII ÎN DOMENIUL MEDICAL 43

Anexa 1 Instrumente și tehnici statistice de îmbunătățire a calității .....	59
Anexa 2 Criterii profesionale îngrijiri paliative .....	73
Anexa 3 Foaie de observație clinică .....	77
Anexa 4 Bibliografie .....	98







UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Capitolul I. INTRODUCERE

### I.1 Scopul și utilitatea ghidului

Scopul elaborării ghidului este de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor suferinde de boli cronice progresive sau incurabile și a celor cu grad ridicat de dependență.

Identificarea particularităților și analiza riscurilor potențiale în îngrijirea paliativă, coroborate cu metodele de cercetare în domeniul calității, fundamentează propunerea cadrului unitar, adaptat îngrijirii paliative, care permite înregistrarea standardizată a datelor necesare cercetării în domeniul calității serviciilor de paliatie, ca punct de plecare pentru creșterea calității serviciilor de sănătate oferite.

### I.2 Informații despre proiectul PAL - PLAN

**Acest material este realizat în cadrul proiectului "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu" (PAL-PLAN, Mysmiss/SIPOCA 129439/ 733), proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014- 2020.**

Proiectul PAL-PLAN vizează crearea și introducerea a unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative (IP) și de îngrijiri generale la domiciliu (ID), în sensul îngrijirilor medicale și serviciilor de îngrijire personală (activități de bază ale vieții zilnice și activități instrumentale ale vieții zilnice), pentru asigurarea asistenței persoanelor suferind de boli cronice progresive sau incurabile și a celor cu grad ridicat de dependență.

Creșterea accesului pacienților la servicii de îngrijiri paliative organizate în spitale, la domiciliu sau în ambulatoriu se realizează în coordonare cu stabilirea unor procese, structuri și rezultate care să asigure un serviciu de calitate pacientului. Fiind un domeniu medico - social relativ recent în țara noastră, activitatea experților ce au fost implicați în activitate s-a orientat către a oferi informații despre specificul activității, metodologii pentru a pune bazele unei îngrijiri de calitate și aspecte practice pentru furnizori preocupați de rezultatul serviciului oferit.

Prezentul material contribuie la Rezultatul de proiect 4 - Un sistem național de evaluare a calității pentru serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijiri paliative în ambulatoriu și îngrijiri la domiciliu.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Capitolul II. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ- definire, particularități, mediu de îngrijire

Îngrijirile paliative reprezintă o modalitate de îngrijire care necesită o abordare complex, capabilă să asigure îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor care se confruntă cu probleme asociate diagnosticului de boală cronică progresivă, prin prevenirea și controlul suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea amănunțită și tratamentul impecabil al durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale.

Paliația folosește munca în echipă pentru a răspunde nevoilor pacientului și familiei, asigurând integrarea aspectelor psihologice și spirituale în activitatea de îngrijire a pacientului și asigurând controlul durerii și al altor simptome supărătoare. În context general, îngrijirile paliative consideră că atât viața cât și moartea sunt procese normale (OMS, 2002).

Îngrijirile paliative nu sunt rezervate doar îngrijirii pacienților aflați la sfârșitul vieții, deși valoarea lor în aceste momente poate fi considerată unică. În cadrul instituțiilor de tip hospice sunt implementate intervenții ce vizează controlul durerii, al altor simptome și este asigurat sprijinul holistic atât pentru pacient cât și pentru aparținători; în etapa actuală este nevoie ca îngrijirile paliative să transceadă acestor instituții și să pătrundă oriunde există pacienți care au nevoie de acest tip de îngrijire, în: spitale, policlinici, instituții de îngrijire pe termen lung (Donnelly, S., Walsh, D., 1995). Mai mult, Roy (Roy, 2000) a demonstrat necesitatea imperioasă ca îngrijirile paliative să pătrundă și să fie acordate și în secțiile de terapie intensivă.

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 2010), este recomandat ca îngrijirile paliative, să fie implementate în planul de îngrijire al pacientului, cât mai curând, împreună cu tratamentul curativ. Pe măsură ce boala progresează, preponderente în îngrijirea pacientului devin obiectivele caracteristice îngrijirilor paliative: calitatea vieții, adaptarea progresivă la boală și acceptarea consecințelor acesteia. (vezi figura 1, 2)





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Figura nr.1. Îngrijirea corespunzătoare la sfârșitul vieții:  
Modelul convențional (după Lynn J., Adamson D.M., 2003)



Figura nr.2. Îngrijirea corespunzătoare la sfârșitul vieții:  
Modelul recomandat (Lynn, J., Adamson D.M., 2003)

Îngrijirile paliative nu sunt limitate la un anumit tip de mediu specific în care se pot acorda, ci pot fi implementate în diferitele tipuri de servicii existente: ambulatoriu, îngrijiri la domiciliu, unități cu paturi, secții de spital, centre de zi, echipe mobile de spital.

Un principiu important în îngrijirile paliative este acela al îngrijirilor acordate de o echipă multidisciplinară, echipa bazându-se pe existența membrilor cu pregătire medicală: medicul și asistenta medicală. În cazul serviciilor specializate de îngrijiri paliative este de dorit să fie implicați și alți profesioniști precum: asistentul social, psihologul, preotul/pastorul (Ahmedzai, S.H., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., Verhagen, S.C., 2004)

În îngrijirile paliative se lucrează atât multidisciplinar, cât și interdisciplinar. În echipele





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

multidisciplinare problemele pacientului sunt rezolvate prin prisma expertizei profesionale a diferitelor discipline reprezentate în echipă și fiecare își menține responsabilitatea 12alliative. În echipele interdisciplinare limitele profesionale se suprapun ușor în unele arii de tranziție în care membrii echipei pot să preia unul de la celălalt anumite sarcini. Combinarea ambelor abordări determină soluționarea operativă a problemelor, raportarea individuală și de grup cât și responsabilizarea fiecărui membru al echipei (Clark, D., Hockley, J., Ahmedzai, S, 1999).

Pe lângă personalul angajat al echipelor multidisciplinare ce funcționează în serviciile specializate de îngrijiri paliative este foarte importantă implicarea voluntarilor din comunitate atât în serviciile de îngrijiri la domiciliu și cât și în unitățile cu paturi, unde pot asigura o largă paletă de servicii de îngrijire nespecializată.

Membrii Consiliului Europei au adoptat în 2003 un document cuprinzând recomandările cu 12alliat la organizarea îngrijirilor 12alliative în țările 12allia ale Uniunii Europene, în care este subliniată importanța adoptării de politici coerente cu 12alliat la dezvoltarea și implementarea îngrijirilor 12alliative în fiecare țară (Consiliul-Europei, 2003). Punctul 12alliativ al acestui document este recomandarea adresată tuturor statelor 12allia de a conștientiza și implementa principiile de bază ale îngrijirilor paliative:

1. *Asigurarea controlului durerii și al altor simptome;*
2. *Susținerea vieții și considerarea morții ca pe un 12alliat firesc în evoluția vieții;*
3. *Integrarea în îngrijire a aspectelor psiho-emoționale, sociale și spirituale;*
4. *Oferirea unui 12allia de 12alliat care să 12allia pacientului să ducă o viață cât mai 12allia de-a lungul evoluției bolii;*
5. *Oferirea sprijinului necesar familiei pentru a face față problemelor care apar atât pe parcursul bolii pacientului cât și după decesul acestuia;*
6. *Asigurarea abordării nevoilor complexe ale pacientului în echipă interdisciplinară;*
7. *Îmbunătățirea calității vieții și implicit a cursului și evoluției bolii;*

*Aplicarea îngrijirilor încă din primele 12allia ale bolii, în corelație cu alte terapii de prelungire a vieții (chimioterapia sau radioterapia) și includerea investigațiilor necesare înțelegerii și controlului complicațiilor clinice în evoluția bolii.*

Comunitatea internațională pentru îngrijire paliativă a făcut mai multe declarații cheie,





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

incluzând aici Declarația de la Cape Town (Mpanga-Sebuyira, L., Mwangi-Powell, F., Pereira, J., Spence, C., 2003), Declarația din Korea (NHPCA, 2005), Declarația de la Budapesta (EAPC, 2007) și Declarația de la Praga (Radbruch, L., de Lima, L., Lohmann, D., Gwyther, E., Payne, S., 2013).

Consensul tuturor acestor declarații constă în chemarea adresată tuturor guvernelor:

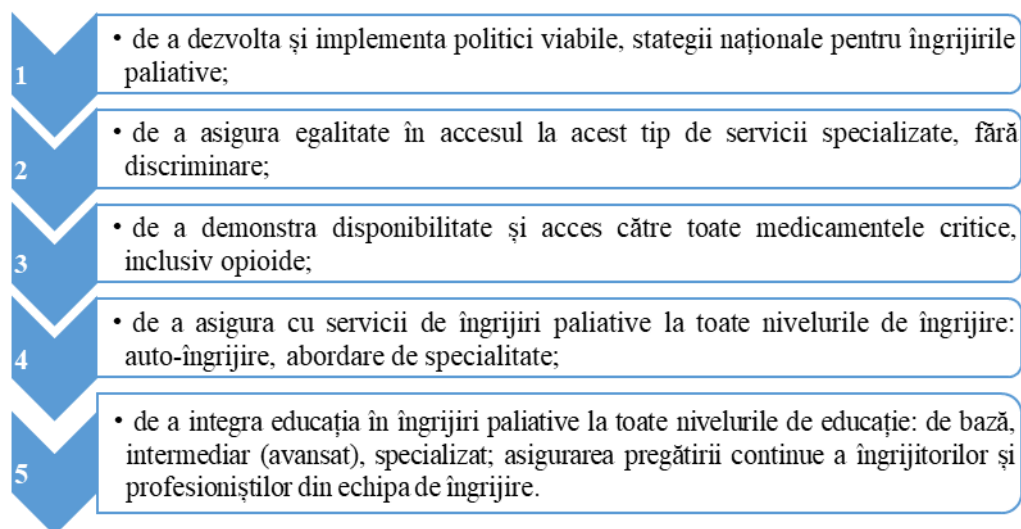


Figura nr. 4. Consensul declarațiilor forurilor internaționale pentru îngrijiri paliative - 5 activități cheie de implementat și dezvoltat continuu de către guvernele lumii (Consiliul-European, 2003)

În final, atât îngrijirile paliative cât și drepturile omului se bazează pe respectarea principiului demnității individului și principiile universalității și al non-discriminării. Pentru profesioniștii din îngrijiri paliative aceste principii reprezintă premisele conform cărora îngrijirile paliative sunt un drept al omului, la fel cum oricărui pacient i se garantează accesul la îngrijire medicală de bază, tot astfel oricărui pacient cu boală cronică progresivă trebuie să îi fie garantat accesul și la îngrijiri paliative încă de la momentul diagnosticului (Gwyther, L., Brennan, F., Harding, R., 2009).

Amendamentul general numărul 14 al Comitetului Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului afirmă că „în mod deosebit statele semnatare se obligă să respecte dreptul egal la sănătate al tuturor persoanelor, indiferent de rasă, etnie, al deținuților, minorităților, imigranților ilegali, asigurând, în funcție de situație, accesul la servicii de prevenție, tratamente curative sau îngrijiri paliative” (CESCR, 2000).





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Capitolul III. TEORII ȘI METODOLOGII DE ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII

### III.1 Teorii și metodologii de îmbunătățirea calității - "experți" în domeniul calității și modele de succes în industrie

Îmbunătățirea calității este un proces dinamic, activ, care se bazează pe metoda folosită pentru evidențierea nevoii de îmbunătățire. Fiecare dintre noi, ca părți ale sistemului de sănătate, avem necesitatea de a ne dezvolta abilități și cunoștințe despre metodele de îmbunătățire.

Acest ghid fiind scris în contextul proiectului de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative din România sub toate aspectele sale - modele de servicii, legislație, politici de finanțare, standarde minime de calitate, în acest al treilea capitol urmează a fi prezentate rezumativ diversele metode de îmbunătățire a calității folosite cu succes de industrie în ultimii 50 de ani și modul cum acestea au fost preluate de către sistemele de sănătate.

Dintre teoriile, respectiv metodologiile, fundamentale despre îmbunătățirea calității aici se vor prezenta informații succinte despre:

- Programul în 14 puncte (Deming);
- Trilogia calității (Juran);
- Controlul calității totale (Total Quality Control - Feigenbaum);
- Conceptul Company Wide Quality Control (Ishikawa);
- Re-engineering (Taguchi);
- Conceptele lui Crosby;
- Six Sigma;
- Lean;
- Lean Six Sigma.

#### III.1.1 W.E. Deming și programul în 14 puncte

W.E. Deming a fost preocupat de interpretarea fenomenului calității. El a dezvoltat ideile profesorului său, statisticianul W.A. Shewhart, în lucrarea *The Statistical Theory of Errors* (1934).

*Programul în 14 puncte*, conceptele de referință ale lui Deming asigură cadrul necesar îmbunătățirii calității, respectând următoarele:

1. Asigurați îmbunătățirea continuă a calității produselor și serviciilor, pe baza unui plan, pentru a deveni competitivi și pentru a rămâne în competitivi.
2. Adoptați o nouă filozofie, renunțând la expresia *nivelul acceptabil al calității*.
3. Renunțați la controlul integral al produselor și/ sau serviciilor, punând în loc metodele de control statistic, pentru a stabili conformitatea cu cerințele specificate.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale

2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

4. Solicitați dovezi de la furnizori privind evidența statistică a calității; eliminați furnizorii care nu fac dovada unei asemenea evidențe - afacerile și serviciile se bazează în prezent mult mai mult pe calitate decât pe preț.
5. Descoperiți problemele. Managementul superior este entitatea care trebuie să se ocupe de îmbunătățirea continuă a tuturor proceselor din fiecare etapă a dezvoltării produsului și/ sau serviciului.
6. Utilizați metode moderne de instruire a întregului personal din organizație.
7. Asigurați tuturor angajaților instrumentele necesare pentru desfășurarea corespunzătoare a activităților. Responsabilitatea șefilor de echipe trebuie concentrată pe calitate, iar managementul superior trebuie să fie pregătit să acționeze imediat la deficiențele constatate și raportate de aceștia.
8. Eliminați frica, încurajați comunicarea, astfel încât fiecare angajat să-și poată prezenta punctul de vedere în mod deschis.
9. Înlăturați barierele dintre compartimentele/ departamentele/ secțiile organizației. Formați echipe de lucru care să includă persoane din fiecare compartiment/ secție/ departament pentru identificarea problemelor și prevenirea lor.
10. Eliminați afișele, sloganurile - sunt specifice muncii forțate! Înainte de a urmări creșterea productivității, asigurați-vă că aceasta nu este în defavoare calității, pe care trebuie să o îmbunătățiți continuu.
11. Revedeți timpii de muncă normați, astfel încât aceștia să nu devină un obstacol în calea productivității și a calității.
12. Eliminați toate obstacolele care îi împiedică pe oameni să fie mândri de munca lor.
13. Introduceți un program riguros de instruire a personalului, în concordanță cu evoluția procedurilor, metodelor și tehnicilor utilizate în toate compartimentele întreprinderii/ instituției.
14. Creați o structură corespunzătoare la nivelul conducerii de vârf care să asigure îndeplinirea celor 13 puncte anterioare.

### III. 1. 2 Contribuția lui J.M. Juran în domeniul managementului calității

Joseph Moses Juran, supranumit azi *seniorul calității mondiale*, a susținut necesitatea unei îmbunătățiri continue a calității, Juran face deosebire între *problemele sporadice* și cele *cronice* din cadrul unei organizații. În timp ce primele pot fi rezolvate de angajați, cele cronice cad în sarcina managerilor. Acestea din urmă au o pondere de 80% astfel încât pentru îmbunătățirea calității este deosebit de importantă rezolvarea problemelor cronice!

Pentru a asigura îmbunătățirea continuă a calității, Juran propune parcurgerea următoarei succesiuni de etape:





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020



### *Sucesiuni de etape pentru îmbunătățirea continuă a calității (Juran)*

Pentru rezolvarea sistematică a problemelor, Juran considera că sunt necesare două faze:

1. Faza de *diagnostic* (analiza problemei), care conduce de la un simptom la cauza sa;
2. Faza *terapeutică* (eliminarea cauzei), în care se stabilește terapia necesară pentru rezolvarea problemelor.

În concepția lui Juran, calitatea înseamnă *corespunzător pentru utilizare* (fitness for use). El se numără printre primii care au susținut faptul că nu trebuie abordată calitatea ca o entitate omogenă, același produs/ serviciu trebuind să satisfacă cerințele diferite ale clienților/ beneficiarilor.

Abordarea calității prin prisma procesului de producție trebuie înlocuită cu o abordare cuprinzătoare, la nivelul organizației, asigurându-se conlucrarea în acest sens a tuturor compartimentelor. În opinia lui Juran, deosebit de important este programul general de instruire, la toate nivelurile de management, în scopul îmbunătățirii continue a calității.

Metodele statistice, ca de exemplu controlul statistic al proceselor, controlul prin eșantionare al loturilor de produse/ servicii, etc. sunt considerate componente importante ale sistemului de asigurare a calității. Juran definește managementul calității în termenii *trilogiei calității* (Quality Trilogy). În opinia lui, managementul calității cuprinde trei categorii de procese:







UNIUNEA EUROPEANĂ

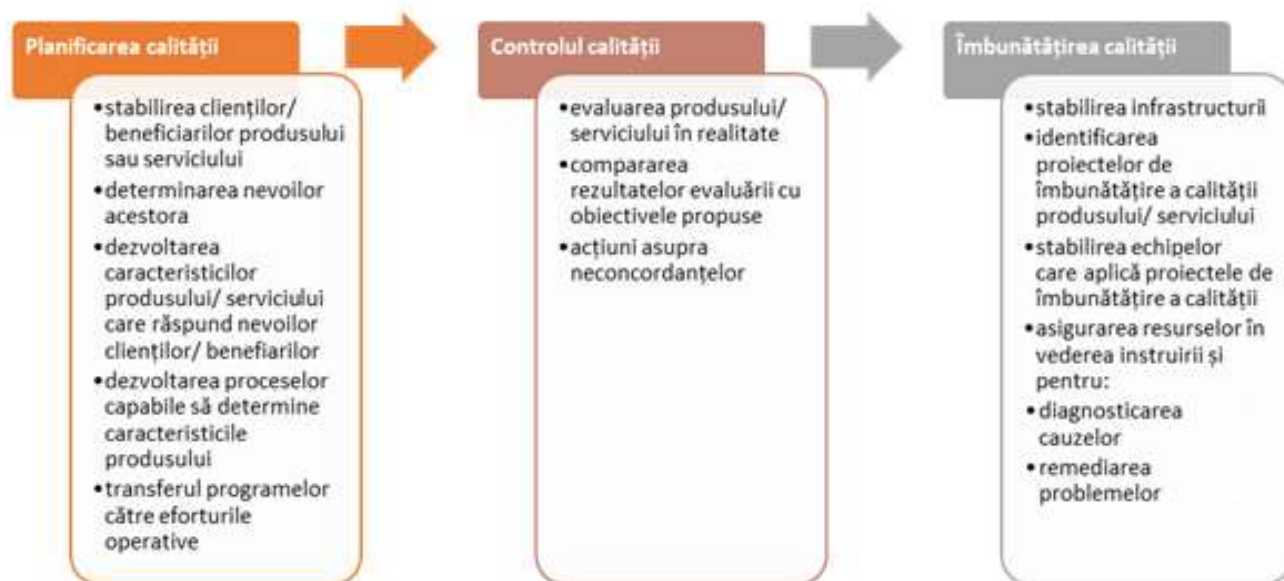
**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020



*Trilogia calității (după Juran)*

### III. 1. 3 A.V. Feigenbaum - părintele conceptului de îmbunătățire a calității **TOTAL QUALITY CONTROL**

Principiul de bază al conceptului de controlul calității totale (Total Quality Control - TQC), care reflectă și diferența fundamentală față de alte concepte, constă în aceea că, *pentru a obține o eficiență corespunzătoare, ținerea sub control a calității trebuie să înceapă cu identificarea cerințelor de calitate ale consumatorilor/ beneficiarilor și să înceteze doar după ce produsul/ serviciul a ajuns la consumator și acesta este satisfăcut*. TQC presupune coordonarea acțiunilor angajaților, a mașinilor, tehnologiei, tehnicilor și informațiilor pentru atingerea acestui obiectiv. În principala sa lucrare *Total Quality Control*, considerată și în prezent de referință în domeniu, Feigenbaum formulează o definiție completă a conceptului TQC.

*TQC reprezintă un sistem eficient pentru integrarea eforturilor tuturor compartimentelor unei organizații (ex. servicii, proiecte, educație, cercetare, etc) privind realizarea, menținerea și îmbunătățirea calității în scopul satisfacerii totale a clientului, în condiții de eficiență.*

Feigenbaum afirmă că un produs sau serviciu poate fi considerat de calitate superioară doar atunci când satisface așteptările consumatorului/ beneficiarului. El acordă și o importanță deosebită corelației dintre calitate și preț, demonstrând o *orientare spre costuri*, în definitivarea calității produselor și serviciilor.

Feigenbaum formulează zece criterii cheie pentru succesul în calitate:

1. Calitatea este un proces la nivelul companiei (organizației, instituției, întreprinderii)
2. Calitatea este ceea ce clientul spune că este





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

3. Calitatea și costul sunt o sumă și nu o diferență
4. Calitatea cere fanatism individual și colectiv
5. Calitatea este o formă de management
6. Calitatea este ETICĂ
7. Calitatea și inovația depind una de alta
8. Calitatea cere îmbunătățire continuă
9. Calitatea este calea productivității eficiente și solicită mai puțin capital
10. Calitatea se implementează într-un sistem total care conectează compania cu clienții/ beneficiarii și furnizorii

Pentru implementarea acestui concept, Feigenbaum pune accentul pe următoarele trei aspecte, pe care le consideră deosebit de importante în abordarea calității:

- ✓ Cerințele consumatorului/ beneficiarului determină calitatea
- ✓ Toți sunt răspunzători pentru calitate, începând cu conducerea de vârf a organizației și până la ultimul angajat
- ✓ Toate compartimentele organizației, deci nu numai producție/ serviciile directe, participă la realizarea calității!

### III.1. 4 Kaoru Ishikawa - creatorul conceptului de îmbunătățire a calității

**COMPANY WIDE QUALITY CONTROL = STATISTICAL PROCESS CONTROL**

Kaoru Ishikawa, principala autoritate în domeniul calității în Japonia, a dezvoltat teoriile experților americani Juran, Deming și Feigenbaum, asemenea acestora a promovat conceptul implicării tuturor compartimentelor organizației în realizarea calității, punând accentul pe un management participativ. De asemenea este creatorul cercurilor de control al calității (Quality Control Circles - QCC), denumite mai târziu *cercurile calității*, cu o foarte mare răspândire în Japonia.

Obiectivele cercurilor calității sunt:

- Îmbunătățirea activității de conducere și a capacității manageriale a șefilor intermediari și superiori, sprijinind perfecționarea prin autodezvoltare
- Crearea unui mediu conștient cu privire la importanța calității
- Funcționarea unui nucleu de activitate participativă și formativă în fiecare departament, în care să se dezvolte aptitudinile umane, să se mărească gradual abilitățile angajaților.

O consecință importantă a activității în cercurile calității a fost creșterea gradului de înțelegere între șefii diverselor departamente, între șefi și subordonați, în aceste cercuri fiind cuprinsă toată structura organizatorică și operativă a unei organizații.

Ishikawa este creatorul diagramei *cauză - efect sau diagrama Ishikawa (diagrama fishbone)*. Această diagramă este unul dintre cele mai utilizate instrumente de îmbunătățire a calității.

Deși este de acord cu conceptul TQC, dezvoltat de Feigenbaum, Ishikawa pledează pentru o abordare largă a calității, în afara domeniului strict profesional, apreciind că trebuie acordată mai multă încredere angajaților (nespecialiști în calitate).

Pentru a se diferenția de opiniile lui Feigenbaum, din anul 1968 Ishikawa și-a denumit propriul concept *Company Wide Quality Control (CWQC)*.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

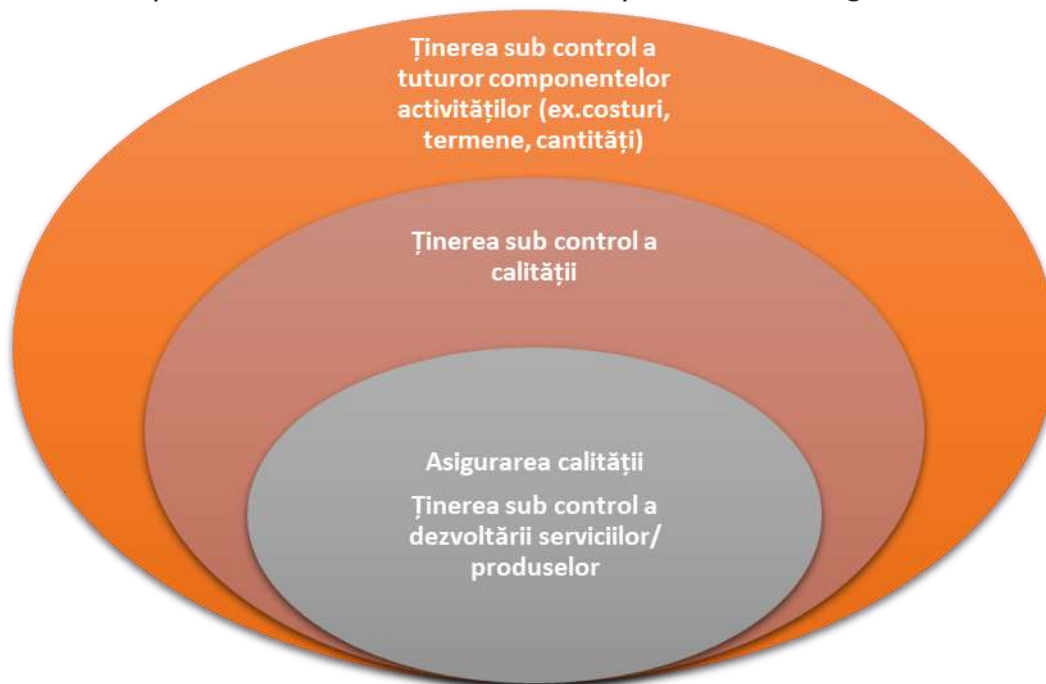


Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Cele trei componente de bază ale CWQC sunt prezentate în figura următoare:



*Componentele de bază ale conceptului Company Wide Quality Control*

Ishikawa dă o dimensiune internă principiului orientării spre client, atribuind calitatea de *client/ beneficiar intern* persoanelor angajați ai companiei implicate la toate nivelurile în crearea produsului/ serviciului finit. Pe cei care cumpără/ accesează produsul/ serviciul finit Ishikawa îi numește *clienți/ beneficiari externi*.

Acest principiu *next process is your customer* va deveni unul din principiile de bază ale managementului total al calității.

O altă contribuție importantă a lui Ishikawa o reprezintă clarificarea unor aspecte statistice ale asigurării calității. Plecând de la premisa că nu este posibilă ținerea sub control a calității fără utilizarea unor metode statistice, clasifică aceste metode în trei categorii, în funcție de dificultatea aplicării lor.

Nr.	Metode statistice elementare	Metode statistice intermediare	Metode statistice avansate
1.	Diagrama PARETO	Teoria supravegherii statistice	Proiectare avansată (asistată de calculator)
2	Diagrama cauză - efect	Controlul statistic prin eșantionare	Analiza matriceală





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

3.	Stratificarea	Metode de estimare statistică și de testare a ipotezelor	Metode de cercetare operațională
4.	Fișa de verificare	Metode de analiză senzorială	-
5.	Histograme	Metode de proiectare - experiment	-
6.	Diagrama de corelație	-	-
7.	Diagrama de control statistic a procesului	-	-

În opinia lui Ishikawa, metodele statistice intermediare și avansate sunt destinate specialiștilor, în timp ce metodele statistice elementare (considerate *elemente de bază* ale calității), ar trebui să fie însușite de întregul personal al organizației începând cu conducerea de vârf și până la ultimul lucrător. Pe baza experienței dobândite în aplicarea celor șapte instrumente de bază, Ishikawa ajunge la concluzia că circa 95% din problemele care se pot ivi în cadrul unei organizații, în domeniul calității, pot fi soluționate cu ajutorul acestor instrumente.

Punctele cheie ale filozofiei lui Ishikawa în domeniul calității sunt următoarele:

- Calitatea este mai importantă decât obținerea de profit imediat
- Orientarea politicii de calitate spre client/ beneficiar și nu spre producător/ furnizor
- Internalizarea relației *client - furnizor* și desființarea barierelor dintre departamentele unei organizații
- Utilizarea metodelor statistice de îmbunătățire a calității
- Promovarea managementului participativ.

### III.1.5 Genichi Taguchi - promotorul unei metode revoluționare de inginerie a calității *RE-ENGINEERING*

Genichi Taguchi - inginer japonez este considerat a fi primul specialist care a evaluat cantitativ calitatea produselor și serviciilor și care a folosit pentru prima dată noțiunea de *pierdere financiară* în comparația calitativă a două produse sau servicii.

Taguchi apreciază că abaterea față de performanțele funcționale dorite, specifice unui produs sau serviciu sunt cauza pierderilor financiare, iar posibilitatea de a controla variațiile acestor performanțe decurge din stabilirea, într-o primă etapă, a parametrilor determinanți pentru asigurarea și menținerea calității, iar apoi din stabilirea cantitativă a acestor variații.

Metoda Taguchi ține seama de dinamica parametrilor și arată cum să se aplice practic o anumite relație, optimizată pe baze statistice, relație existentă între parametrii unui produs sau proces. Astfel calitatea unui produs sau serviciu se măsoară prin abaterea unei anumite caracteristici funcționale față de valoarea sa nominală (ideală). Metoda lui Taguchi dispune de un instrument matematic complex.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

### III.1. 6 Philip B. Crosby și conceptele sale

Crosby este recunoscut pentru conceptele sale cu privire la pașii de urmat în vederea îmbunătățirii calității. Astfel, el susține că preambulul îmbunătățirii calității constă din:

- ✓ A face lucrurile bine de la început
- ✓ Zero defecte, prin strategia ce presupune:
  - Determinare
  - Pregătire la toate nivelurile
  - Implementare

Din punctul lui Crosby de vedere principiile absolute ale managementului calității sunt:

- Calitatea se definește ca *îndeplinire a dorințelor, cerințelor sau nevoilor*
- Sistemul calității presupune automat prevenirea scăderii calității
- Standardul de realizare este *zero defecte*
- Măsura calității nu este un indicator, ci prețul neîndeplinirii.

Cei 14 pași pentru îmbunătățirea calității ai lui Crosby sunt:

1. Angajarea conducerii
2. Lucrul în echipă
3. Controlul proceselor
4. Evaluarea costului calității
5. Crearea conștiinței calității
6. Acțiunea corectivă
7. Urmărirea permanentă a îmbunătățirii
8. Educarea personalului
9. *Zero defecte* ca indicator al schimbării
10. Fixarea obiectivelor individuale și de grup
11. Eliminarea cauzelor de eroare cu ajutorul tuturor
12. Recunoașterea și aprecierea implicării fiecăruia în parte și a echipelor
13. Stabilirea *reuniunilor de calitate* periodice
14. Repetarea întregului proces.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

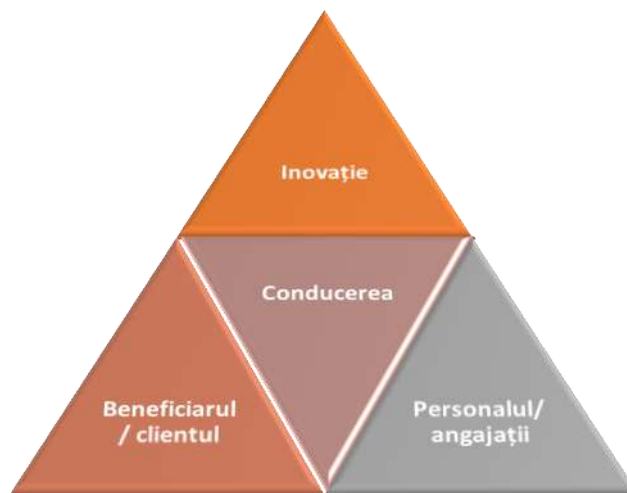
Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



*Cele trei laturi ale orientării conducerii, după Crosby*

### III.1. 7 SIX SIGMA

Six Sigma este o metodă de management care oferă organizațiilor instrumentele necesare pentru îmbunătățirea competenței proceselor de afaceri. Conceptul de Six Sigma se concentrează pe obținerea de calitate, care la rândul său va crește nivelurile de performanță și va micșora variația procesului. Obiectivele Six Sigma conduc la reducerea defectelor, îmbunătățirea profiturilor, creșterea moralei angajaților și calitatea produselor sau serviciilor.

Un număr de companii de succes, cum ar fi Amazon. com, Boeing și Bank of America folosesc conceptul de Six Sigma. Angajamentul superior este esențial pentru implementarea unui sistem Six Sigma, iar conceptul este construit prin accentul pe abordarea DMAIC a soluționării problemelor: definire, măsurare, analiză, îmbunătățire și control.



*Abordarea DMAIC (Definire, Măsurare, Analiză, Îmbunătățire, Control)*

*Sursa: [www.sixsigmadaily.com](http://www.sixsigmadaily.com)*





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale 2014-2020

## 1. Definiere

Obiectivul acestei etape este acela de a stabili obiectivul și scopul proiectului.

Colectarea informațiilor necesare legate de proces și client.

Momentan, obiectivele finale ale proiectului se vor estima în funcție de toate cunoștințele legate de obiectivele strategice ale companiei, doleanțele clienților, cât și de procesul care e destinat îmbunătățirii.

Se dorește atingerea unui nivel mai înalt de tip sigma.

## 2. Măsurare

Înțelegerea procesului.

Focusare maximă pe efortul de îmbunătățire a situației curente.

Stabilirea unui nivel al capabilității optim pentru obținerea unui grad ridicat de performanță a procesului.

## 3. Analiză

Odată ce datele inițiale au fost stabilite, ulterior se va putea identifica de unde provin cauzele mult mai facil.

În această fază, prin urmare, se pot localiza și identifica cauzele, cât și confirmarea lor prin utilizarea unui set de date concrete.

## 4. Îmbunătățire

Definirea și validarea sistemului de monitorizare și control a noului proces.

Identificarea potențialelor modalități de optimizare.

Elaborarea unor studii pilot.

Corectarea / Reevaluarea soluției potențiale.

## 5. Control

Controlul performanței noului proces.

Definirea unor standarde interne și proceduri de lucru.

Implementarea unui proces de control statistic.

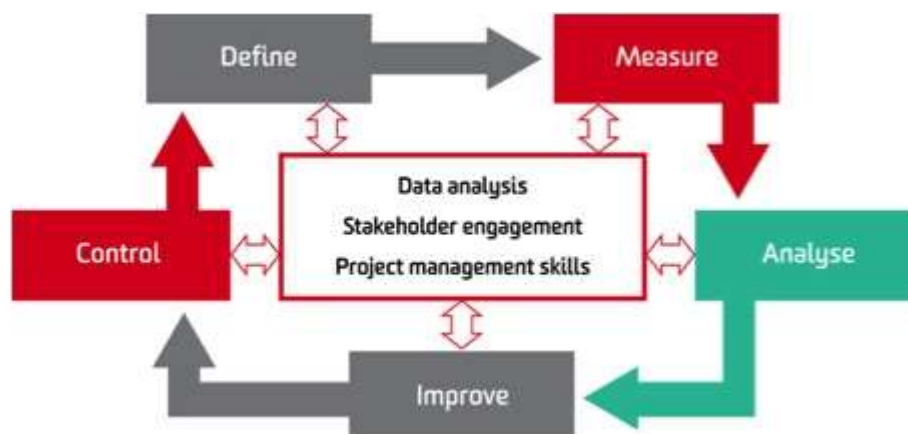
Realizarea unui plan de proces de control statistic.

Determinarea capabilității noului proces.

Elaborarea și transferarea soluției către beneficiarul proiectului.

Reducerea costurilor și creșterea profitului.

Finalizarea proiectului și a documentației.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

*Abordarea DMAIC (Definire, Măsurare, Analiză, Îmbunătățire, Control)  
Sursa: [deakinprime.com](http://deakinprime.com)*

Profesioniștii de la Six Sigma desfășoară proiecte și implementează îmbunătățiri; acestea pot fi găsite la toate nivelurile unei organizații. La nivel de proiect, există centuri negre, centuri negre master, centuri verzi, centuri galbene și centuri albe.

- Centura Neagră - rezolvă problemele legate de proiect și pregătește echipele de proiect.
- Centura Neagră Master - dezvoltă metrice cheie și direcția strategică, acționează ca un consultant intern pentru Six Sigma pentru organizație.
- Centura verde - cu colectarea și analiza datelor pentru proiecte
- Centura galbenă - participă ca membru al echipei de proiect și revizuieste îmbunătățirile procesului care suportă proiectul.
- Centura albă - Lucrează pe echipe locale de rezolvare a problemelor care susțin proiecte globale, dar nu pot fi parte a unei echipe de proiect Six Sigma.
- În timp ce Six Sigma este foarte utilă, este un instrument extrem de costisitor, deci nu poate fi accesibil pentru anumite organizații. În plus, angajații trebuie să obțină formarea de la institute certificate Six Sigma pentru ca o companie să primească certificarea Six Sigma. Este nevoie de instruire chiar și pentru a implementa Six Sigma fără o certificare formală pentru a înțelege sistemul și modul de aplicare a acestuia în anumite procese de afaceri.

### III.1. 8 LEAN SIX SIGMA

Lean Six Sigma este o filosofie de management care îmbină conceptul de bază cu principiile Six Sigma care valorifică prevenirea defectelor peste detectarea defectelor. Lean Six Sigma este un progres al conceptului Six Sigma. Sistemele Lean se concentrează pe eliminarea deșeurilor și pe crearea mai multor valori pentru clienții cu resurse limitate. Lean Six Sigma își propune să mențină defectele la 3,4 la milioane de oportunități. Companiile se pot bucura de reduceri semnificative ale costurilor și de îmbunătățiri ale calității prin implementarea unor sisteme slabe, cum ar fi costurile reduse de reparații și reducerea duratei ciclului. Poate fi aplicată oriunde variația și deșeurile există și toți angajații din organizație ar trebui să fie implicați în implementarea unui astfel de sistem. Rezultatul obținut în urma managementului slab este îmbunătățit și clienții foarte mulțumiți. Principiile Lean Six Sigma sunt prezentate în figura de mai jos:







UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020



### Principiile Lean Six Sigma

Abordarea Lean Six Sigma, așa cum a fost descrisă de James P. Womack și Daniel T. Jones pentru a ghida managerii de top în demersul lor de introducere a principiilor Lean în producție sau servicii, reprezintă un proces de gândire și acțiune în 5 pași:

1. Specificarea **valorii** pentru fiecare familie de produse/ servicii, din punctul de vedere al clientului final;
2. Identificarea tuturor activităților componente în cadrul **fluxului de valoare** pentru fiecare familie de produse sau servicii, eliminând pe cât posibil acele activități generatoare de pierderi;
3. Ordonarea activităților creatoare de valoare într-o succesiune (flux) de pași clar identificați, astfel încât produsul sau serviciul să ajungă la clientul final parcurgând un **flux** cât mai continuu, fără multe întreruperi, opriri și așteptări intermediare;
4. O dată ce fluxul de valoare a fost stabilit și introdus, orice client intern sau extern poate aplica sistemul de tip **pull** pentru a *trage* produsul/ serviciu din amonte, pe fluxul de producție;
5. După ce valoarea a fost specifică, activitățile creatoare de valoare identificate, cele generatoare de pierderi eliminate, fluxul de valoare stabilit și introdus, se poate trece la operaționalizarea procesului și la **perfecționarea** lui, până când se atinge un nivel optim, în care valoarea adăugată este maximă și majoritatea pierderilor eliminate.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Lean definește valoarea ca fiind *ceea ce clientul/ beneficiarul este dispus să plătească*. De aceea, procesele interne trebuie analizate din punctul de vedere al *valorii adăugate* și al **pierderilor** - respectiv al acelor acțiuni și decizii care fie adaugă valoare pentru client, fie mărește costul de distribuire a serviciului sau costul de producție la produsului. Iar consecința logică este că îmbunătățirea performanțelor vine fie din maximizarea efectelor proceselor care adaugă valoare, fie din minimizarea proceselor care determină pierderi, fie prin acțiunea concomitentă a ambelor categorii de procese.

Pierderile au fost grupate în 7 categorii:

1. **Supraproducția** - fabricația de produse înainte de a fi cerute de client (pe stoc) sau procesarea de informații care nu sunt necesare (de exemplu produse și formulare sau date care nu au fost cerute sau nu sunt analizate de nimeni);
2. **Timp pierdut pentru a aștepta ceva** - lipsa unor materiale, informații, instrumente necesare sau așteptarea pentru prelucrarea unui lot mare de produse sau dintr-o ofertă mai mare de servicii ale unei organizații, din care clientul/ beneficiarul cere doar două produse/ servicii;
3. **Transport inutil** - mutări/ transferuri inutile ale produsului sau distanța prea mare pentru distribuirea serviciului către beneficiar, sau a informației, sau între procese, pe distanțe prea lungi;
4. **Procesare inutilă** - a produce un anumit nivel de calitate cu mai multe operații decât sunt necesare pentru a îndeplini cerințele clientului/ beneficiarului, utilizarea de echipamente sau materiale sofisticate când cele simple ar fi fost suficiente, a prelucra informații într-un mod mai complicat decât cel uzual, a avea ședințe mai lungi cu personal decât durata programată;
5. **Stocuri inutile** - menținerea stocurilor de materiale, producție neterminată sau produse finite la un nivel în exces, pentru a compensa greșelile de execuție sau alte pierderi din timpul proceselor, neutralizarea întregii capacități productive a personalului, creativitatea și puterea de gândire;
6. **Mișcări inutile** - apar când nu există preocupări pentru ergonomie - mișcări suplimentare pentru a pune/ a lua un obiect în/ din spațiul de lucru, neglijență în realizarea succesiunii de mișcări pentru realizarea unei operațiuni;
7. **Defecte, corecții, reparații sau reprelucrare** - orice activitate de corectare a greșelilor de proiectare sau de execuție detectate după producerea lor.

Pedepsirea vinovatului nu este modalitatea de rezolvare a pierderilor recomandată în metodologia Lean. Odată observate, pierderile sunt un potențial de îmbunătățire! Iar analiza cauzelor poate atrage personalul organizației pentru a furniza mai multă *valoare pentru client/ beneficiar!*





UNIUNEA EUROPEANĂ

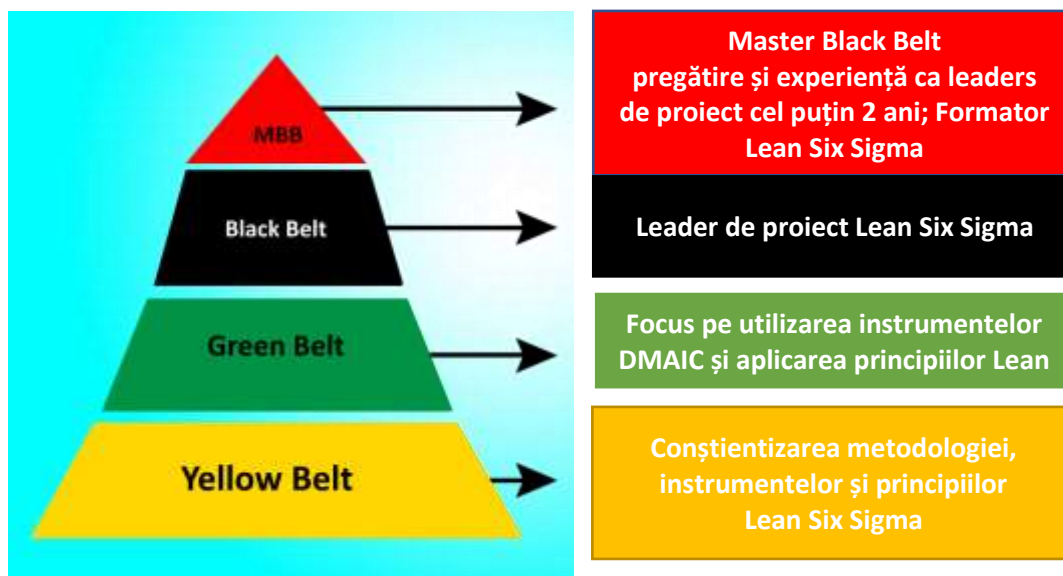
**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020



### Structura organizațională Lean Six Sigma

Diferența dintre Six Sigma și Lean Six sigma constă în utilizarea conceptelor slabe. Six Sigma a fost creată cu decenii în urmă, când un număr de companii din diferite industrii au utilizat acest concept. Lean Six Sigma a fost dezvoltat pentru a obține mai multe beneficii prin combinarea principiilor slabe cu Six Sigma. Implementarea ambelor concepte necesită multă dedicare în rândul conducerii și angajaților pentru a obține rezultate.

	Lean Six	Six Sigma
<b>Obiectiv</b>	Eliminarea pierderilor Creșterea eficienței procesului	Eliminarea variației Reducerea defectelor
<b>Focus maximă</b>	Viteză Cost	Calitate
<b>Instrumente necesare</b>	Evenimente de tip Kaizen Evidențierea valorilor Balanta volumului de munca 7 pierderi	Analiză Pareto Chart-uri de control Analize statistice Realizarea experimentelor

### Diferențe între Six Sigma și Lean Six sigma

În concluzie, putem exprima că oricare dintre teoriile prezentate mai sus poate fi aplicată cu succes pentru a asigura un serviciu medical de calitate pentru pacient. În îngrijirea paliativă, calitatea vieții este indicatorul în jurul căruia se organizează întreg actul de îngrijire, de aceea adaptarea proceselor și structurilor la nevoile pacientului și familiei ar trebui să fie o preocupare permanentă a furnizorilor. Pentru acest proces se poate integra organizațional oricare dintre teoriile descrise mai sus în funcție de specificul instituției.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

### III.2 CALITATEA ÎN SISTEMUL MEDICAL

Pentru determinarea, măsurarea și dezvoltarea calității asistenței medicale se aplică la nivel internațional divizarea lui Donabedian: structura, procesul și rezultatul.

După părerea sa „O structură bună crește probabilitatea unui proces bun, un proces bun crește probabilitatea unui rezultat bun” („Good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of a good outcome”) (Donabedian 1988).

Principiul abordării dezvoltării calității din perspectiva structurii este că asigurarea bunelor condiții este mai probabil să conducă la procese și rezultate mai bune în asistența medicală, decât condițiile slabe. Condițiile, conformitatea proceselor asistenței medicale în abordarea din perspectiva structurii vor fi analizate și comparate cu criteriile și standardele existente.

Deși calitatea structurii poate îmbunătăți sau deteriora experiența clinică este folosită frecvent pentru indicarea calității, deoarece este ușor de măsurat.

Pacienții și angajații din sectorul medical văd adesea numai problemele structurale (de infrastructură) și vor să le rezolve în primul rând pe acestea.

#### 1. Structura asistenței medicale

Structura reprezintă expresia colectivă a resurselor materiale, umane și intelectuale (Roemer) ale sistemului de sănătate, care cuprinde condițiile economice, managementul, clădirile adecvate, echipamentele, instrumentele, sistemul informațional, oamenii de specialitate calificați corespunzător și personalul auxiliar, aptitudinile și experiența acestora. Printre resursele structurale se numără și dispozițiile aferente implementării activităților, inclusiv sistemele de reguli elaborate în vederea îmbunătățirii calității.

*Raspunde la intrebarea: Ce resurse sunt necesare?*

#### 2. Procesele asistenței medicale

Procesele organizațiilor prestatoare de servicii medicale se împart în trei grupe principale:

- Procese de management: planificare, organizare, control și leadership- influențarea comportamentului membrilor organizației
- Procese principale: totalitatea evenimentelor (selectarea și executarea eficientă, etică, acceptabilă, etc. a procedurilor terapeutice, de îngrijire, de reabilitare) survenite pe parcursul îngrijirii paliative, inclusiv informarea pacientului.
- Procese suport

*Raspunde la intrebarea: Cum sunt resursele disponibile folosite?*

#### 3. Rezultatele asistenței medicale

Rezultatul este cea de a treia dimensiune și totodată cea mai importantă din perspectiva asistenței medicale.

*Raspunde la intrebarea: Ce am obținut?*

Complexitatea asistenței medicale și creșterea costurilor sale într-un ritm alert, respectiv creșterea greutății politice a stării de sănătate și asistenței sociale în țările dezvoltate, au așezat în prim plan eficiența sistemului de asistență socială.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Vom analiza eficiența și eficacitatea asistenței din mai multe direcții și în mai multe feluri, atât pentru individ, cât și pentru societate.

Eficiența (efficiency) exprimă măsura în care îngrijirile paliative – raportat la eficiența lor – consumă resurse. O îngrijire paliativă este eficace dacă maximizează rezultatul aferent cantității resurselor folosite (forță de muncă, timp de muncă, bani, etc.), adică o activitate este mai eficace față de alta, dacă reușește să obțină același rezultat la costuri mai mici.

Eficiența asistenței medicale are patru categorii principale:

- Rezultate clinice
- Satisfacție
- Rezultate economice
- Efecte asupra societății

Rezultatele clinice se referă la efectele (outcome) finale ale serviciilor medicale, din perspectiva schimbărilor survenite în starea de sănătate actuală și/sau viitoare a pacienților. Criteriile care exprimă calitatea rezultatului se referă la controlul simptomelor și creșterea calității vieții, deteriorarea sănătății, deces, respectiv la alte modificări ale stării de sănătate (de ex. supraviețuire, invaliditate, efecte secundare neașteptate, ameliorarea simptomelor, succesul reabilitării).

Managementul calității numește rezultatele clinice cei 5D: death (moarte), disease (boală), disability (invaliditate), discomfort (lipsă de confort), dissatisfaction (insatisfacție).

Rezultatele clinice sunt în strânsă legătură cu satisfacția pacientului și se influențează reciproc.

Un serviciu medical profesional, eficient și productiv este de neînchipuit fără un personal devotat, mulțumit, care prestează o muncă excepțională.

Obținerea angajamentului personalului și asigurarea unei activități excepționale este una din sarcinile cele mai dificile, care presupune atenție continuă, a managementului calității. Este importantă asigurarea unei dispoziții bune de lucru, acceptarea locului de muncă ca o scenă a vieții comunitare.

Îmbunătățirea relațiilor interpersonale, comunitare poate fi atinsă cu ajutorul primelor, evenimentelor organizate la locul de muncă și sensibilității față de problemele angajaților, cu întărirea motivației.

### **Criteriile diferite ale structurii, procesului și rezultatului, din perspectiva actorilor sectorului sănătății**

La divizarea clasică, merită să luăm în considerare faptul că structura, procesul și rezultatul pot avea semnificații diferite:

Pentru Managerii, specialiștii economici din sectorul sănătății:

#### **Structură**

- bani,
- calificare profesională, care fac apt angajatul pentru îndeplinirea sarcinii,
- condițiile necesare pentru acordarea asistenței populației,
- clădiri, analize,
- mijloace de terapie.

#### **Proces**

- îmbunătățirea sistemelor necesare asistenței pacienților,
- angajarea personalului corespunzător,
- decizii necesare funcționării institutului de sănătate.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

### *Rezultat*

- rezultatul economic, satisfacția cumpărătorilor, în armonie cu munca calitativă.
- îmbunătățirea motivației pentru calificarea profesională, experiența angajaților, care corespunde cerințelor pacienților.

### Pentru medici

#### *Structură*

- confortul mijloacelor accesibile de terapie și tratament, locurilor de muncă

#### *Proces*

- procesele de terapie și tratament necesare îmbunătățirii calității vieții pacienților,
- aprecierea posibilităților de terapie disponibile,
- evaluarea diferitelor oferte de terapie.

#### *Rezultat*

- rezultatul informării pacientului, care influențează complianța pacientului și participarea activă.
- rezultate clinice la pacientul în cauză: simptome controlate, este satisfăcut?

### Pentru pacienți

#### *Structură*

- circumstanțele asistenței, posibilități de informare, pentru a își cunoaște starea de sănătate,
- posibilitățile terapeutice care influențează în mod benefic starea sa de sănătate.

#### *Proces*

- solicitarea proceselor de terapie (durere, timp).

#### *Rezultat*

- schimbările produse în starea fizică, spirituală și calitatea vieții.

## **Alte dimensiuni ale calității**

### **Egalitate de șanse, echitate (equity)**

În zilele noastre, egalitatea a devenit una din chestiunile esențiale ale politicilor medicale. Implementarea principiului egalității de șanse, în ceea ce privește accesul la serviciile medicale de îngrijire paliativă, înseamnă că pacienții (bolnavii) se bucură de șanse egale în accesul la serviciile de care au nevoie, indiferent de locul pe care îl ocupă în ierarhia social-economică. Implementarea egalității de șanse în ceea ce privește recurgerea la servicii se referă și la faptul că persoanele cu nevoi identice beneficiază de servicii identice.

Interpretarea egalității de șanse, din perspectiva laturii practice a domeniului calității înseamnă egalitatea beneficiilor de servicii, adică indivizilor să le revină asistență de aceeași calitate în cazul aceluiași boli. Principiul orizontal al egalității de șanse presupune tratamentul egal al persoanelor aflate în situații asemănătoare.

### **Conformitatea asistenței medicale (appropriateness)**

Asistența medicală este adecvată (appropriate), dacă îmbunătățirea preconizată a stării de sănătate (de ex. prelungirea duratei de viață așteptate, încetarea durerii, diminuarea grijilor, îmbunătățirea aptitudinilor funcționale) depășește consecințele negative preconizate (de ex. deces, frica de intervenții, durerea) în așa măsură, încât intervenția merită să fie realizată.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Pe lângă vătămarea cauzată pacientului, asistența medicală necorespunzătoare poate cauza solicitarea nemotivat de excesivă a oamenilor de specialitate și a dotărilor sau, totodată, utilizarea nemotivat de scăzută a oamenilor de specialitate și a dotărilor.

### **Conformitatea cu nevoile (needs)**

Satisfacerea nevoilor medicale este o componentă a sistemului sănătății care pornește de la starea de sănătate a populației, care presupune intervenție medicală, respectiv poate fi influențată în sens pozitiv cu ajutorul intervențiilor medicale. Cercul nevoilor depinde de numeroși factori. Depinde de tipul stărilor care necesită intervenție și de tipul problemelor legate de starea de sănătate pe care pot să le influențeze în mod pozitiv. Îmbunătățirea îngrijirilor paliative a apărut ca răspuns la o nevoie reală, o populație în îmbătrânire, cu o morbiditate și mortalitate în creștere prin patologii cronice progresive (boli oncologice cât și non-oncologice).

### **Conformitatea cu cerințele (demand)**

Pentru ca nevoia să se transforme în cerință și să atragă după sine o intervenție medicală presupune din partea individului intenția, dorința și capacitatea de a-și satisface cerința.

Manifestarea nevoii sub formă de cerințe este influențată de diferiți factori: sociali, culturali, economici, factori individuali subiectivi. Nevoile care nu se manifestă sub forma unor cerințe rămân nevoi nesatisfăcute.

### **Armonie între asistența medicală și nevoile populației (adequacy)**

Asistența medicală ale cărei servicii nu sunt în armonie cu nevoile medicale ale populației, adică cu starea de sănătate a populației, nu poate fi calitativă – în primul rând analizând din perspectiva sistemului medical.

### **Asistența medicală etică**

Asistența medicală presupune o coordonare intensă, atât din perspectivă profesională, cât și organizatorică, iar în acest proces implementarea principiilor etice este deosebit de importantă. Aceste principii etice influențează deciziile de la toate nivelele asistenței medicale, respectiv implementarea acestora.

Principii etice:

Asistența medicală este un drept uman.

Cu toate că individul este poziționat în centrul asistenței medicale, trebuie mereu luat în considerare interesul grupului, respectiv al întregii societăți.

Responsabilitatea asistenței medicale.

Cooperarea dintre furnizorii de servicii medicale, dintre furnizori și beneficiari, este inevitabilă.

Toată lumea, indiferent că este vorba de cumpărători sau prestatori ai sistemului medical, este responsabilă pentru îmbunătățirea continuă a calității.

Asistența medicală calitativă nu poate avea componente ne-etice.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Capitolul IV. ÎNGRIJIRII PALIATIVE- aspecte particulare pentru asigurarea unei îngrijiri de calitate

Scopul îngrijirilor paliative este îmbunătățirea calității vieții. Specialiștii în îngrijiri paliative tratează persoanele care trăiesc cu multe tipuri de boli și boli cronice. Acestea includ boli oncologice, bolile cardiace precum insuficiența cardiacă congestivă (CHF), boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC), insuficiența renală, Alzheimer, Parkinson, Scleroza laterală amiotrofică (SLA) și alte patologii expuse în Ordinul 253/2018.

Îngrijirea paliativă se concentrează pe simptomele, stresul bolii și pe tratament. Tratează o gamă largă de probleme care pot include durere, depresie, anxietate, oboseală, dificultăți de respirație, constipație, greață, pierderea poftei de mâncare, dificultăți de somn, îngrijirea stomelor, prevenirea/ îngrijirea escarelor etc.

Echipele de îngrijire paliativă îmbunătățesc calitatea vieții. Acestea fac acest lucru ajutând pacienții să tolereze tratamentele medicale, ajutându-i să armonizeze obiectivele cu opțiunile de tratament, sprijinind familia.

### IV. 1 Cultura organizației

Serviciul de paliatie are o filozofie, valori, cultură, structură și mediu care sprijină îngrijirile paliative centrate pe persoană și îngrijirile din perioada terminală.

Serviciile de paliatie sunt de așteptat să fie lideri în furnizarea de îngrijiri paliative de înaltă calitate, oferind servicii persoanelor care poate avea nevoie de un nivel complex de îngrijire și sprijin pe măsură ce se apropie și ajung la sfârșitul vieții lor. Unele servicii de paliatie stabilesc colaborări cu alți furnizori de servicii, necesare pentru a îndeplini această așteptare.

Tratatului de la Waitangi (1840) stabilește principiile desfășurării asistenței paliative:

- să îmbunătățească accesul;
- să obțină echitate;
- să îmbunătățească rezultatele îngrijirii paliative.

Serviciul de paliatie furnizează compasiune în îngrijirea paliativă centrată pe persoană și la sfârșitul vieții și oferă acces la servicii care respectă și recunoaște unicitatea și nevoile individuale ale tuturor oamenilor.

O structură de management sprijină personalul din paliatie să ofere un serviciu respectat de comunitate, pentru toți oamenii care folosesc sau interacționează cu serviciul de tip Hospice.

Viziunea, filozofia și valorile clar declarate susțin cultura organizațională pentru personal și voluntari.







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**

Planul strategic oferă o direcție clară pentru durabilitate în furnizarea serviciilor și identificarea resurselor necesare, a finanțării și schimbarea organizațională pentru a satisface nevoile în schimbare ale comunității deservite.

Serviciile Hospice ar trebui să caute oportunități de a influența dezvoltarea comunității și furnizarea de îngrijiri la sfârșitul vieții și în alte direcții prin formarea rețelelor de profesioniști de tip networking, colaborari, parteneriate, advocacy și în abordarea sănătății publice.

## IV.2 Recrutarea, selecția și evaluarea performanțelor profesioniștilor

Un aspect esențial în asigurarea unui serviciu de îngrijiri paliative de calitate este **recrutarea și selecția personalului adecvat** acestui domeniu.

### Selecția personalului din echipa de paliative

Organizarea și realizarea unui proces de selecție profesională presupune o procedură destul de laborioasă din care patru sunt etapele acceptate și respectate de majoritatea specialiștilor:

1. Recrutarea;
2. Depunerea candidaturii;
3. Examinarea (scrisă și interviuri);
4. Oferta de lucru (în cazul reușitei).

Condițiile minime de evaluare a candidaților, pe care le recomandăm a fi respectate sunt:

- stabilirea criteriilor clare de selecție (eliminatorii și de departajare) înainte de începerea concursului;
- realizarea examinării de cel puțin doi evaluatori și evaluarea fiecărui candidat de către cei doi evaluatori, pe baza grilelor de evaluare, individual;
- confruntarea, argumentarea punctajelor acordate de către cei doi evaluatori pentru fiecare dimensiune evaluată și stabilirea punctajului final prin consens.

Etapa care premerge procesul propriu-zis de selecție profesională este cea de stabilire a criteriilor de selecție, adică de definire a caracteristicilor ocupantului postului vizat de selecție, atât profesionale cât și psihologice, cele care vor servi drept criterii de eliminare sau de departajarea a candidaților. Alegerea, definirea și operaționalizarea criteriilor profesionale pe care le vom folosi în cadrul procesului de selecție profesională urmăresc cerințele generale profesionale, precum și cerințele specifice activității în paliative. Bareme de evaluare a competențelor profesionale pentru medic, asistent medical specializat și îngrijitor sunt descrise în **Anexa 2**.

Profilul psihologic de personalitate este imperios necesar în stabilirea cerințelor posturilor personalului din paliative. Acesta cuprinde aspecte ce vizează măsurarea nivelului abilităților





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

cognitive (evaluarea psihologică a atenției, măsurarea coeficientului QI, examinarea psihologică a memoriei, raționamentului, orientării în spațiu, perceperea detaliilor), dar și evaluarea psihologică a personalității și comportamentului, capacității de decizie, capacității organizatorice, atitudinilor, nivelului de rezistență la stres, evaluarea psihologică a nivelului de integritate, stabilitate emoțională, conștiinciozitate, evaluarea psihologică a intereselor, strategiilor de coping cognitiv-emoțional, măsurarea nivelului de anxietate sau tendințelor depresive. De asemenea, în profilul psihologic de personalitate se menționează dacă există tendințe psihopatologice sau accentuări de personalitate.

Referitor la profilul psihologic al angajatului în paliatie există care evidențiază anumite trăsături de personalitate pentru asistentele medicale care conduc spre resimțirea satisfacției în muncă, atingerea succesului și rezistența la stres.

Pornind de la un studiu efectuat în Anglia pe 178 de asistente cu media de vârstă 38 de ani și folosind ca instrument de evaluare Inventarul de personalitate 16 PF, profilul cel mai des întâlnit are în prim plan trăsături precum extraversia, empatia, încrederea în ceilalți, deschiderea, expresivitatea, capacitatea de introspecție și orientarea spre grup. Apar și minusuri precum precauția în fața unor idei noi, naivitatea în relațiile cu alții și lipsa de obiectivitate. Aspectele pozitive ale profilului sugerează că acestea ar fi posibil să aibă succes într-o ocupație stresantă, în care să se îngrijească de alții și să aprecieze munca în echipa interdisciplinară.

Există și alt tip de personalitate mai des întâlnit la asistentele medicale din Oncologie într-un alt studiu realizat în SUA, ISFJ.

Ce se evidențiază în acesta este că, pentru a lucra în domeniul paliatiei, pentru a resimți satisfacție în muncă și pentru a face față stresului, anumite trăsături de personalitate ajută. Dar nu putem vorbi de un profil de personalitate unic după care să selectăm angajatul în paliatie. Din experiența personală, testarea psihologică prin testele de personalitate folosite, nu evidențiază cu mare acuratețe trăsături precum: autenticitatea, onestitatea, prezența, responsabilitatea, asertivitatea, capacitatea de relaționare, abilitatea de comunicare, ascultarea activă, și nici chiar empatia.

Pe de altă parte toți viitorii angajați sunt supuși testelor psihologice, pe toate planurile, prin psihologia muncii. Dacă această testare se face bine, am putea afla dacă există tendințe psihopatologice sau accentuări de personalitate la viitorul angajat.

Totodată s-a observat că personalul din Hospice are personalități diferite dar, împreună, rezonază cu aceleași valori: respectul pentru oameni, compasiunea, empatia, grija pentru suflet, respectarea demnității și libertății umane. Valorile acestea personale și comune nu se evidențiază prin testare, ci, poate, prin interviuri și discuții pe studii de caz și poate printr-o perioadă de probă la angajare, dar instituția angajatoare, angajatorii, trebuie să le manifeste și ei în adevăratul sens al cuvântului.

Conform reglementărilor prevăzute în Ordinul 253/2018, îngrijirile paliative se acordă de personal clinic și non-clinic specializat în urma unui program de formare, dar pregătirea continuă asigură pe lângă dezvoltare profesională și implicare în asigurarea serviciilor bazate pe evidențe clinice și integrarea bunelor practici în activitatea de îngrijire.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

## Evaluarea performanței personalului din echipa de paliatie

Evaluarea performanței oferă unei organizații posibilitatea de a îmbunătăți în mod constant modul de lucru, dar și de a recompensa angajații care obțin rezultate în cadrul organizației și de a stabili obiective clare care să crească nivelul de implicare a angajaților. Conform Codului Muncii prevăzut în Legea nr. 53/2003, evaluarea performanței angajaților este un drept al angajatorului, care îl ajută pe acesta să stabilească criteriile de evaluare a propriilor angajați privind rezultatele obținute și dezvoltarea la locul de muncă.

Pentru domeniul serviciilor de sănătate cadrul legislativ pentru evaluarea performanței angajaților este prevăzut în OMS nr. 974 din 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.

## Rolul evaluării performanței

Evaluarea performanței trebuie făcută într-un mod eficient, astfel încât să ofere o imagine clară despre performanța angajaților. Astfel, acest proces poate duce la creșterea productivității și eficienței pe termen îndelungat, oferă stabilitate în interiorul unei companii prin scăderea fluctuației de personal și poate duce la creșterea veniturilor pentru fiecare angajat.

Orice proces de evaluare a performanței are următoarele obiective:

- să identifice progresul profesional al angajaților;
- să îmbunătățească performanța angajaților;
- să stabilească criteriile pentru decizia de mărire a salariului;
- să stabilească criteriile pentru decizia de promovare sau de schimbare a statutului angajaților;
- să îmbunătățească procedurile interne și modul de organizare;
- să stabilească dacă angajații au fost implicați activ și au înțeles care este rolul lor în organizație;
- să îmbunătățească strategia de organizare a fiecărui departament.

## Când și cum trebuie realizată evaluarea performanței angajaților

Stabilirea unui sistem corect de evaluare a performanței trebuie să țină cont de specificul activității fiecărei organizații și să aibă în vedere obiective clare. Procedura de evaluare a performanței este derulată de **specialiști în resurse umane**, împreună cu managementul companiei.

Procedura de evaluare se face de obicei **anual**, de către managerii de resurse umane, însa se poate face și **semestrial sau trimestrial**, de către managerii de departament, pentru a putea identifica punctele forte și cele mai puțin performante, în vederea îmbunătățirii modului de lucru și a productivității.

Pașii care trebuie urmați în procesul de evaluare a performanței sunt următorii:





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

- stabilirea criteriilor de performanță în funcție de fișa postului pentru fiecare post în parte;
- desemnarea persoanei care trebuie să efectueze evaluarea;
- alegerea metodei de evaluare;
- susținerea interviului de evaluare.

Criteriile de evaluare pornesc de la atribuțiile din fișa postului. În urma evaluării performanțelor profesionale individuale, se pot lua măsurile necesare pentru îmbunătățirea modalității de lucru sau recompensarea angajaților.

La finalul evaluării se stabilește calificativul și se întocmește **fișa de evaluare** care este semnată de toți cei care au fost implicați în procesul de evaluare. Un exemplar ramane atasat la dosarul de personal, iar un alt exemplar ramane la angajat.

La momentul angajării și semnării contractului de muncă, angajatul trebuie informat despre procedura de evaluare, despre criteriile în baza cărora va fi evaluat, despre perioada în care va fi evaluat, dar și cine se va ocupa de evaluarea sa.

### Ce criterii pot fi luate în considerare în procesul de evaluare a performanței

Pentru un proces de evaluare corect și eficient este necesar să fie stabilite de la bun început criteriile de evaluare, exprimate prin indicatori de performanță:

- atribuțiile din fișa postului și modul în care au fost îndeplinite;
- câte obiective au fost îndeplinite;
- cunoștințele și experiența acumulată;
- productivitatea și calitatea muncii;
- dacă sunt folosite în mod eficient resursele pe care angajatul le are la dispoziție;
- capacitatea de a lucra în echipă sau independent și dacă angajatul are nevoie de ajutor în mod constant din cauza lipsei de experiență;
- abilitățile privind planificarea și organizarea timpului de lucru;
- asumarea responsabilității pentru activitățile efectuate;
- calități interpersonale, precum modul de comunicare, verbală și în scris, cu colegii și cu managerii, dar și în relația cu clienții;
- timpul petrecut la locul de muncă și activitățile efectuate în timpul orelor de muncă;
- participarea la programe de training și rezultatele obținute;
- abilitățile de luare a deciziilor și modul de rezolvare a problemelor;
- abilitățile de delegare a sarcinilor și de implementare a obiectivelor;
- creativitate și implicare proactivă în activitățile de la locul de muncă.

### Care sunt avantajele procesului de evaluare a performanței

Un proces de evaluare a performanței poate să aducă avantaje atât pentru angajator, cât și pentru angajați, atât timp cât este efectuat într-un mod eficient și corect. Avantajele procesului de evaluare sunt:

- stimulează dezvoltarea angajaților;
- poate deschide perspective de promovare;
- poate întări încrederea angajatului în propriile forțe;





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

- crește motivația și satisfacția față de activitățile desfășurate de angajat;
- îi ajută pe angajați să treacă peste probleme și să învețe din greșeli;
- poate identifica potențialul fiecărui angajat;
- este o metodă de recunoaștere a abilităților și performanțelor angajaților;
- stimulează creșterea performanțelor individuale, dar și la nivelul organizației;
- consolidează relațiile dintre angajați și manageri.

Este important de menționat că un raport de evaluare a performanțelor nu trebuie să fie doar o simplă fișă care să stabilească eșecurile angajaților. Evaluatorul trebuie să urmărească atât punctele forte, cât și punctele slabe ale fiecărui angajat și să își creeze o imagine clară despre abilitățile și motivația acestora.

Raportul final trebuie prezentat angajatorului, care va stabili ce măsuri trebuie luate pentru a îmbunătăți performanțele propriilor angajați. Chiar dacă evaluarea performanței poate fi un instrument care deschide perspective de promovare, trebuie avut în vedere faptul că angajatul poate fi concediat în urma evaluării.

Conform Codului Muncii, angajatorul are dreptul să dispună concedierea unui angajat din motive de necorespondere profesională, însă numai după evaluarea performanței angajatului în prealabil.

Evaluarea activității personalului, care lucrează în paliative, datorită particularităților activității, este recomandat să fie adaptată cerințelor specifice. Pentru particularizarea criteriilor de evaluare este necesar elaborarea și adoptarea **regulamentului privind criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale și modelul fișei de evaluare a performanțelor profesionale individuale ale personalului, cu respectarea cadrului legal.**

### IV.3 Îngrijirea acordată pacienților

#### Preluarea în îngrijire a pacienților

Definirea nivelului de competență are rolul de a determina profesioniștii și echipa de management a furnizorului de îngrijiri paliative să-și definească și să-și asume, în funcție de resursele disponibile (umane, tehnico-materiale și financiare) preluarea în îngrijire a pacienților, pentru a evita primirea pacienților, ale căror probleme de sănătate depășesc nivelul de competență al unității, fie prin lipsa calificării sau experienței echipei medicale, fie prin insuficiența resurselor disponibile.

#### Disfuncționalități întâmpinate la prezentarea în unitatea de îngrijiri paliative:

- Nemulțumirea pacienților și a aparținătorilor:
  - ✓ Timpul de așteptare
  - ✓ Birocrația
  - ✓ Informații insuficiente
  - ✓ Comunicarea defectuoasă
- Nemulțumirea profesioniștilor:
  - ✓ Suprasolicitarea





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

- ✓ Birocrația
- ✓ Comportamentul unor pacienți / aparținători
- Nemulțumirea autorităților... apariția "momentelor de criză"
- Nemulțumirea mass media:
  - ✓ Lipsa de transparență
  - ✓ Comunicarea defectuoasă

### Pentru atingerea acestui obiectiv, profesioniștii:

- stabilesc nivelul de performanță a resurselor umane pentru fiecare specialitate în parte
- stabilesc resursele materiale disponibile pentru fiecare specialitate
- definesc serviciile de sănătate pe care unitatea le poate oferi
- stabilesc grupurile populaționale țintă beneficiare ale serviciilor identificate
- particularitățile clinico-biologice ale populației țintă
- categoriile de pacienți pentru care unitatea dispune de resurse în oferirea serviciilor de sănătate identificate
- stabilesc criteriile de triere și modalitatea de rezolvare a cazurilor.

### Evaluarea nevoilor și documentarea planului de management al cazului

Evaluările inițiale și continue sunt cuprinzătoare și centrate pe persoană și încorporează statusul biologic al persoanei, experiențe psihologice, culturale, sociale și spirituale, nevoile, preferințele și prioritățile.

O evaluare cuprinzătoare și holistică, condusă de o persoană special instruită în acest sens, este fundamentul pentru furnizarea de îngrijire paliativă și terminală. Este un proces integrat și important pentru a permite serviciilor și îngrijirilor să răspundă nevoilor unice a persoanei.

Evaluarea are loc la prezentarea pacientului în serviciul de paliativitate. Furnizarea de îngrijiri sigure și de calitate este centrată pe persoană și este bazată pe evaluarea clinică cuprinzătoare, stabilirea obiectivelor și aplicarea planului de îngrijire. Ar trebui să implice o întâlnire față în față sau întâlniri regulate pentru a nu copleși persoana sau familia acesteia și îngrijitorii, dacă sunt implicați. Procesul ar trebui să fie coordonat și colaborativ cu implicarea mai multor membri ai echipei clinice și, în unele cazuri, alți prestatori de servicii.

Informațiile colectate în timpul evaluării, oferă o linie de start standardizată pentru reevaluările efectuate cu regularitate care urmăresc evoluția pacientului.

Informațiile colectate și obiectivele identificate contribuie la elaborarea **planului de management** al cazului, stabilirea mediului necesar de îngrijire, dar și a planului de îngrijire.

În cazul în care pacientul nu poate participa la planificarea îngrijirii sau luarea deciziilor, este important să fie identificat un înlocuitor legal ca factor de decizie. În cazul în care nu este identificat niciun substitut, interesele superioare ale persoanei sunt determinate, în concordanță cu orice comunicare prealabilă a obiectivelor și preferințelor și în conformitate cu legislația și reglementările interne relevante.

Evaluarea cuprinzătoare și reevaluările periodice, oferă baza pentru stabilirea obiectivelor unice ale persoanei și dezvoltarea planului de management al cazului și a planului de îngrijire. Evoluția cazului este unică, iar nevoile și preferințele pacienților se pot schimba





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale

2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

pe măsură ce se apropie de sfârșitul vieții. Acest lucru necesită o revizuire periodică. Planul de management și planul de îngrijire ar trebui să fie documentate și să reflecte necesitățile complexe ale pacientului în evoluție.

Îngrijirea acordată are un caracter empatic, bazată pe dovezi și aliniat cu valorile, cultura, obiectivele și preferințele documentate în Foaia de observație, al cărei model se regăsește în **Anexa 3**.

### **Transferul intra și interspitalicesc**

Îngrijirile paliative sunt accesibile tuturor persoanelor care au nevoie de ele și este integrat și coordonat de o persoană cu experiență pentru a asigura o tranziție perfectă în interiorul serviciului și între servicii.

Oamenii pot primi îngrijiri și servicii de la mai mulți furnizori de servicii pentru a-și satisface nevoile survenite în timp până la sfârșitul vieții. O abordare centrată pe persoană, înțelegerea nevoilor unice și a preferințelor acesteia, are ca scop gestionarea eficientă a suferințelor potențiale pentru pacient, familie și îngrijitori, ori de câte ori este posibil.

Serviciul de paliativă are un rol în întreaga perioadă de îngrijiri și trebuie să colaboreze cu o serie de alți furnizori de servicii implicați în procesul de îngrijire până la sfârșitul vieții. Formalizarea colaborărilor generează sisteme integrate, cu rol esențial în sprijinirea și documentarea colaborării între profesioniștii implicați. Este important să se stabilească datele care trebuie transmise la orice transfer necesar între servicii, persoana responsabilă care coordonează transferul, asigurând astfel un proces sigur, la timp, eficient și fără probleme. Transferul pacientului necesită eficiență și sisteme de comunicații eficiente, în care gestionarea confidențialității este esențială, pentru a evita dublarea sau lacune în informații.

### **Sprijinirea familiei și a aparținătorilor**

Familia și îngrijitorii pacientului sunt evaluați în vederea identificării nevoilor și preferințelor acestora și li se furnizează sprijin, îndrumare și resurse adecvate.

Familia pacientului și îngrijitorii joacă un rol important în furnizarea unei game largi de îngrijiri. Implicarea lor poate să fie plină de satisfacții, dar uneori poate fi și o provocare. Este important ca echipa să le recunoască implicarea și să aprecieze rolul și contribuția acestora și oferă resurse și sprijin pentru a construi o barieră de rezistență și pentru a gestiona potențialele suferințe.

Familia pacientului și persoanele implicate în îngrijirea acestuia, au acces la sprijin pentru ameliorarea durerii și la servicii de îngrijire în perioada de doliu.

Durerea, pierderea și doliul sunt individuale și unice. Este experimentat și exprimat emoțional și fizic într-un context spiritual și cultural, al credinței sau religios.

Majoritatea oamenilor integrează pierderea în viața lor cu sprijinul familiei și al prietenilor, precum și cu susținerea serviciilor sociale, ale comunității culturale sau spirituale. Cu toate acestea, unii oameni declanșează un răspuns mai complicat la pierderi care necesită asistență și îngrijire specializată suplimentară.

Circumstanțele personale și sociale pot crește riscul unei persoane de a experimenta o durere complicată. Acest lucru poate duce la probleme sau provocări, cu implicarea în viața lor și a societății înainte și după moartea unei persoane.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale

2014-2020

Pot exista probleme și provocări emoționale, spirituale, culturale sau psihosociale sau probleme mai practice, cum ar fi insecuritate financiară sau risc de lipsă de adăpost. Suștinerea durerii înainte de moarte, precum și în timpul doliului, poate ajuta la reducerea nivelului de suferință fizică, culturală, spirituală și stres psihosocial sau morbiditate asociată cu pierderea și durerea. Identificarea timpurie a problemelor potențiale și accesarea în timp util a sprijinului adecvat poate ajuta familia și persoanele implicate, să facă față durerii cauzate de decesul unei persoane apropiate.

#### **IV.4 Comunicarea în cadrul echipei de paliatie, externă și cu pacientul și familia acestora**

Comunicarea între membri echipei medicale acoperă toate aspectele necesare pentru a asigura calitatea și corectitudinea informațiilor.

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

- Personalul medical/non-medical comunică într-un mod profesional toate aspectele care țin de asigurarea asistenței paliative în echipa care este responsabilă de asistența paliativă și că personalul depune toate eforturile pentru a asigura calitatea și corectitudinea informațiilor transmise;
- Personalul medical/non-medical comunică într-o manieră profesională cu pacientul și familia sa, implicându-i și încurajându-i să devină parteneri ai procesului de îngrijiri paliative. Astfel, spitalul 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;
- Implementează un sistem de evaluare a necesarului de instruire pentru pacienți și aparținători, iar personalul medical/non-medical furnizează educație pacienților și poate să evalueze nivelul de înțelegere a acestuia.

Pentru evaluarea comunicării ar trebui să se răspundă la următoarele întrebări:

- Personalul medical are o percepție semantică unică pentru terminologia folosită în procesul de îngrijiri? Informațiile pe care le schimbă membrii echipelor medicale care participă la procesul de îngrijire sunt suficiente pentru a asigura calitatea și continuitatea?
- Este colaborarea interdisciplinară o practică curentă și funcțională?
- Există o evidență clară a interacțiunilor care au avut loc cu pacientul?

Pentru a asigura îndeplinirea acestor cerințe unitatea de îngrijiri paliative folosește sisteme standardizate de codificare a bolilor, coduri pentru proceduri, simboluri și definiții standardizate. Concomitent unitatea de îngrijiri paliative este preocupată de identificarea situațiilor care nu sunt conforme cu sistemele de codificare folosite și ține o evidență și a acestor situații.







UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Calitatea informațiilor schimbate între membrii echipei de paliative, cât și cea dintre aceștia și echipe medicale externe este atent monitorizată. Personalul medical folosește sisteme de verificare a cantității informațiilor - set minim de informații, cât și a calității informațiilor medicale transmise - valori de alertă, parametri pentru anumite funcții, ș.a. Personalul medical este instruit să utilizeze liste de verificare la predarea / primirea / transferul pacientului și există o preocupare pentru îmbunătățirea continuă a acestui sistem.

Unitatea de îngrijiri paliative monitorizează și reglementează specific comunicarea medicală în zonele de activitate critice - înaintea intervențiilor chirurgicale, secții de terapie intensivă, proceduri anestezice. Monitorizarea și reglementarea au în vedere comunicarea atât între membrii echipei medicale cât și între aceștia și pacient.

#### IV.5 Riscuri potențiale în îngrijiri paliative

##### Obiectivele evaluării inițiale sunt:

- diminuarea riscurilor identificabile la internare cu impact în evoluția stării de sănătate a pacientului;
- asigurarea mediului optim de recuperare a stării de sănătate a pacientului;
- asigurarea timpului optim de recuperare a stării de sănătate a pacientului.

**Evaluarea pacientului la internare** are ca scop indentificarea riscurilor cu impact în evoluția stării de sănătate a acestuia:

- riscul de infecțiozitate
- ✓ evaluează potențialul infecțios al pacientului prin aplicarea scorului Carmeli, rezultatul obținut fiind baza deciziei de amplasare a pacientului în izolator cu presiune negativă a aerului și a măsurilor instituite pentru pacienții cu potențial infecțios
- ✓ evaluează sensibilitatea la contaminare apacienților imunodeprimați (ca o consecință a bolii sau a tratamentelor urmate sau care urmează să fie administrate, rezultatul obținut fiind baza deciziei de amplasare a pacientului în izolator cu presiune pozitivă a aerului și a măsurilor instituite pentru pacienții cu deficit imunitar
- riscul clinic de cădere - se evaluează utilizând scorul adoptat de serviciul de paliative, rezultatul obținut fiind baza deciziei de instituire a măsurilor reglementate în organizație
- riscul de escară - se evaluează utilizând scorul adoptat de serviciul de paliative, rezultatul obținut fiind baza deciziei de instituire a măsurilor reglementate în organizație
- riscul de tromboză - se evaluează utilizând scorul adoptat de serviciul de paliative, rezultatul obținut fiind baza deciziei de instituire a măsurilor reglementate în organizație
- riscul hemoragic - se evaluează utilizând scorul adoptat de serviciul de paliative, rezultatul obținut fiind baza deciziei de instituire a măsurilor reglementate în organizație
- riscul de suicid - se evaluează utilizând scorul adoptat de serviciul de paliative, rezultatul obținut fiind baza deciziei de instituire a măsurilor reglementate în organizație
- riscul de agresivitate -
- dizabilitățile și nevoile speciale





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

- nevoi particulare ale mediului de îngrijire
- condiția psihoemoțională
  - particularitățile psihocomportamentale
  - starea socioeconomică

## Concluzii

Serviciile de paliatie sunt angajate în îmbunătățirea calității și prin cercetare pentru a îmbunătăți furnizarea de servicii și dezvoltarea îngrijirii paliative și terminală.

Îmbunătățirea continuă a calității și cercetarea sunt esențiale pentru dezvoltarea, susținerea și îmbunătățirea serviciilor paliative și terminale sigure, de calitate la nivel local, regional și național.

Cercetarea oferă dovezi pentru îmbunătățirea activității și induce creșterea cunoașterii și înțelegerii practicii clinice.

Furnizorii de servicii de paliatie sunt evaluați în vederea acreditării în îngrijiri paliative pentru a oferi siguranță, competență, asistență paliativă de calitate și pentru creșterea încrederea persoanelor care accesează serviciul.

Serviciul de paliatie ar trebui să promoveze în cultura organizațională încorporarea în ciclul de îmbunătățire continuă a calității, identificarea riscului și tratarea acestuia atât în activitatea de management, cât și în guvernarea clinică. Acest lucru ar trebui să se aplice tuturor activităților desfășurate. Și persoanele care utilizează sau interacționează cu serviciul de paliatie pot contribui la îmbunătățirea calității serviciilor accesate.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

## Capitolul V. APLICAREA METODOLOGIILOR DE ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII ÎN DOMENIUL MEDICAL

Această secțiune ilustrează 8 metodologii de îmbunătățire a calității, fiecare distinctă prin specificul scopului, după cum este prezentat acesta în tabelul de mai jos.

Această listă nu este exhaustivă ci credem că aduce în prim plan metodologiile cele mai folositoare pentru organizațiile din sănătate.

Metodologie de îmbunătățire a calității		A se folosi pentru:
I.	<b>Auditul clinic</b>	Verificarea întrunirii standardelor de calitate
II.	<b>Planifică-Acționează-Cercetează-Implementează</b>	Introducerea și testarea unor măsuri cu potențial de îmbunătățire a calității serviciilor la scară mică
III.	<b>Model de îmbunătățire</b>	Testarea, rafinarea și deciderea asupra măsurilor de îmbunătățire a calității ce sunt adoptate de serviciul de îngrijire
IV.	<b>Lean/ Six Sigma</b>	Eliminarea pierderilor și redirecționarea resurselor spre procesele de îmbunătățire a calității și eficienței
V.	<b>Cartografierea proceselor</b>	Cartografierea parcursului/ călătoriei pacientului în vederea găsirii oportunităților de îmbunătățire a calității serviciilor acordate acestuia
VI.	<b>Procesul de control statistic</b>	Măsurarea și controlul calității prin compararea cu parametrii de referință stabiliți
VII.	<b>Analiza cauză-efect</b> <b>Diagrama Fishbone/ Ishikawa</b>	Îmbunătățirea calității îngrijirilor prin determinarea cauzelor care determină efecte nedorite în procesul de management al calității
VIII.	<b>Diagrama de decizie</b>	Îmbunătățirea calității și congruenței proceselor din sectorul de sănătate





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale

2014-2020

**I. Auditul clinic**

Folosit pentru:	<p>Verificarea întrunirii în practica clinică a standardelor de calitate definite</p> <p>Îmbunătățirea minoră a practicii clinice prin corectarea deficitelor constatate</p>
Cel mai eficient pentru:	<p>Asigurarea complianței la standardele clinice specifice</p> <p>Generarea de îmbunătățiri ale practicii clinice</p>
Cerințe preliminare:	<p>Existența unor standarde de calitate predefinite</p> <p>Existența unei platforme de auditare prestabilite</p> <p>Stabilirea clară a categoriilor de pacienți sau a populației țintă ce urmează a fi auditate folosind standardele predefinite și platforma de audit prestabilită.</p>
Prezentare generală:	<p>Auditul clinic poate fi definit ca un ciclu destinat îmbunătățirii calității ce implică metode de eficientizare a îngrijirilor pentru sănătate prin comparație cu setul de standarde considerate că stabilesc calitatea minimă a îngrijirilor acordate și că induc acțiuni care aliniază practica clinică la aceste standarde, astfel încât să determine îmbunătățirea calității îngrijirilor și a impactului asupra sănătății.</p>
Cum se folosește:	<p>Verificarea practicii clinice în acord cu standarde specifice, implică atât existența unei platforme de audit clinic cât și a unui lot de pacienți pe care se decide auditarea dosarelor de îngrijire, a foilor de observație clinică, într-o perioadă de timp dată.</p> <p>Datele sunt analizate iar acolo unde sunt identificate devieri de la standarde sunt planificate acțiuni care să determine (re)-alinieră la acestea, în intenția de a determina îmbunătățiri, cu planificarea repetării ciclului de colectare și analiză de date la intervale de timp considerate propice în vederea monitorizării schimbărilor. Fiecare ciclu complet de monitorizare nu este complet până când nu se constată evidența eficienței schimbărilor efectuate. Auditul clinic poate fi realizat retrospectiv, deși din ce în ce mai mult se preferă forma prospectivă prin completarea de către profesioniștii implicați în procesul de îngrijire direct pe platforma de auditare a datelor ce vizează episoade de îngrijire individualizate sau prin completarea foilor de observație clinică în format electronic astfel încât înregistrarea schimbărilor se face în timp real. Întreaga echipă de îngrijire trebuie să fie conștientă atât de constatările echipei de audit</p>





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

	cât și de măsurile ce trebuie implementate în vederea îmbunătățirii calității îngrijirilor acordate pacienților.	
Guvernare:	<p>Rezultatele de la auditul clinic necesită colectarea și analiza într-un mod transparent și deschis, în particular a nealiniilor la standarde și a măsurilor ce trebuie implementate pentru remedierea acestora, facilitând revizuirea și controlul lor în întâlnirile stabilite având acest scop, la care ideal participă pacienți (sau reprezentanți ai pacienților) și membrii ai consiliului de conducere/ director. Planurile de acțiune în vederea reglementării situațiilor se întocmesc, incluzând ținte de atins pe unitate dată de timp, cu numirea responsabililor direcți pe fiecare remediere în parte. Re-auditări trebuie desfășurate pentru a se asigura că acțiunile au fost implementate cu succes iar calitatea îngrijirilor s-a îmbunătățit. Pacienții au dreptul să solicite auditarea tratamentelor și procedurilor la care au fost supuși. De asemenea organizațiile pot să se auto-sesizeze și auto-auditeze ori de câte ori consideră necesar, și mai ales în situații de incidente sau accidente, astfel încât să se asigure că nu vor mai apărea pe viitor astfel de situații negative majore.</p>	
Exemplu:	Problema	Evaluarea și monitorizarea intensității durerii la pacienții cu cancer în stadiu avansat nu este o practică curentă în rândul profesioniștilor medici și asistenți medicali din serviciile specializate de îngrijire paliativă.
	Metoda	Audit clinic retrospectiv pe un lot de pacienți reprezentând 10% din totalul pacienților îngrijiți în ultimele 6 luni de zile.
	Implementarea	<p>Toți pacienții au evaluată inițial și ulterior monitorizată la fiecare vizită în salon a medicului intensitatea durerii pentru fiecare dintre tipurile de durere pe care pacientul le prezintă și fiecare dintre localizările pe care le descrie.</p> <p>Toți pacienții au evaluată inițial și ulterior monitorizată de trei ori pe schimb și ori de câte ori este nevoie, de către asistentul medical responsabil de pacient, intensitatea durerii pentru fiecare dintre tipurile de durere pe care pacientul le prezintă și fiecare dintre localizările pe care le descrie.</p>





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

		Ambii profesioniști notează detaliat în foaia de observație clinică de paliatie intensitatea durerii pe scala analog vizuală, menționând ora și semnătura persoanei care a făcut evaluarea.
	Impactul pe calitate	Pacienții prezintă un control mai bun al durerii, se simt respectați și în siguranță, sunt complianți la intervențiile farmacologice și nefarmacologice implementate în vederea controlului eficient al durerii.

## II. Planifică - acționează - cercetează - implementează (PACI)

Folosit pentru:	Introducerea și pilotarea intervențiilor cu potențial de îmbunătățire a calității și șlefuirea acestora la scală mică, înainte ca acestea să fie complet integrate și implementate în practica clinică zilnică
Cel mai eficient pentru:	Procedură, proces, protocol sau sistem ce necesită schimbare în sensul îmbunătățirii  Procedură/ protocol/ proces/ sistem sunt inițial introduse
Cerințe preliminare:	Procedura/ protocolul/ procesul/ sistemul, înainte de a fi implementate sunt pilotate și testate pe un număr restrâns de pacienți, eventual de către câțiva furnizori de servicii specializate de îngrijire paliativă, ideal având caracteristici demografice diferite, pentru a se testa eficiența independent de acestea
Prezentare generală:	Cercul PACI testează posibilele schimbări ce trebuie introduse, urmărind impactul lor asupra calității îngrijirilor înainte de implementarea schimbărilor la scală largă. Realizarea de schimbări în interiorul unor proceduri/ protocole/ procese/ sisteme pot determina rezultate neașteptate, nu neapărat pozitive, drept urmare este mai sigur și mai înțelept a se testa inițial aceste propuneri de schimbare într-un cadru mai restrâns pentru a se evalua impactul generat de schimbare de către organizații astfel încât acestea să evalueze/ aprecieze dacă eforturile depuse, costurile implicate și impactul constat sunt eficiente. Introducerea de schimbări la scală mică permite de asemenea observarea interacțiunii dintre sisteme fără să se creeze disfuncționalități la scală largă în calitatea serviciilor oferite beneficiarilor (ex. folosirea unei foi de observație de îngrijiri paliative noi în locul celei clinice generale pentru evaluarea și monitorizarea evoluției unui lot restrâns de pacienți, înainte de introducerea folosirii acesteia pentru toți pacienții)





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale

2014-2020

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Cum se folosește:	O procedură/ protocol/ proces/ sistem care necesită schimbare este dezvoltat(ă) (planificare), implementată pentru o perioadă de timp specifică la scală mică pe un lot definit de pacienți sau organizații (acționează), evaluată (cercetează) și adaptată (implementează) în cadrul cercului PACI, până când își atinge scopul final de îmbunătățire a calității îngrijirilor. Implicarea organizațiilor în toate cele 4 etape ale cercului PACI asigură angajamentul ferm al acestora de preluarea și adaptarea rapidă la schimbare cu depășirea mai rapidă a eventualelor bariere.	
Guvernare:	De cele mai multe ori sunt implicați profesioniști și organizații din sistemul de sănătate, respectiv serviciile specializate de îngrijiri paliative care doresc să genereze noi căi de asigurare de servicii de calitate pentru pacienți și familii. Instituțiile care doresc să fie conștiente de ce schimbări pot face pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirilor pe care le acordă pacienților și familiilor, privind oportunitățile de schimbare din diverse perspective (ex. mediu, profesioniști, normative, procese clinice, etc). Aceste schimbări pot fi solicitate de finanțatori sau beneficiari acolo unde s-au constatat minusuri de calitate și necesitatea de schimbare.	
Exemplu:	Problema	Pacienții care necesită administrarea medicației destinată controlului durerii și al altor simptome pe cale subcutanată, dezvoltă local una din următoarele trei complicații: indurația tegumentului, iritație (roșeață) locală, sângerare pe fluturaș.
	Metoda	Poziționării acului fluturașului pentru administrarea subcutanată a medicației cu bizoul înspre mușchi, în loc de înspre tegument.
	Implementarea	Pilotarea pe un lot de 50 de pacienți a poziționării acului fluturașului cu bizoul înspre mușchi, comparativ cu grup de control format din 50 de pacienți la care se poziționează acul în mod clasic, cu bizoul direcționat spre tegument.
	Impactul pe calitate	Constatarea că în majoritatea covârșitoare a cazurilor nu mai apare niciuna dintre cele trei complicații locale, cu posibilitatea menținerii îndelungate a fluturașului la locul puncției (max 10 zile) și deci impact direct pe calitatea îngrijirilor, a controlului simptomelor și confortul pacientului.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

**III. Model de îmbunătățire**

Folosit pentru:	Deciderea asupra măsurilor de îmbunătățire a calității și testarea formei rafinate la o scală mică, înainte de a fi implementate la nivelul unei întregi organizații
Cel mai eficient pentru:	Când o procedură, proces sau sistem are nevoie de schimbare, sau când o nouă procedură, proces sau sistem sunt introduse pentru prima oară la nivelul unei organizații
Cerințe preliminare:	O procedură, proces sau sistem care are nevoie de schimbare, sau o procedură, proces sau sistem necesită a fi introdus pentru prima oară
Prezentare generală:	Modelul de îmbunătățire accelerată a calității îngrijirilor și rezultatelor îngrijirii are două faze: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 întrebări fundamentale ce trebuie adresate în vederea deciderii cu privire la schimbările și măsurile ce se impun a fi luate pentru îmbunătățire</li> <li>2. Ciclul planifică - acționează - cercetează - implementează (PACI) pentru a testa în realitate îmbunătățirile determinate de schimbare</li> </ol>
Cum se folosește:	Pornind de la o înțelegere transparentă a situației curente, în care se constată probleme în interiorul procesului, și se conștientizează ce trebuie schimbat, modelul de îmbunătățire a calității este schițat, testat, măsurat și rafinat. Pentru îmbunătățiri ale calității încununate cu succes este vital a se forma o echipă de influență puternică în interiorul organizației care să promoveze și să implementeze schimbarea. <p>Întrebările fundamentale ce necesită răspuns înainte de începerea procesului sunt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ce încercăm să obținem? Aspectele ce necesită îmbunătățire și grupuri specifice de pacienți sau echipe de îngrijire ce vor fi direct afectați de schimbare</li> <li>2. Cum vom ști dacă măsurile luate sunt ceea ce este necesar pentru asigurarea schimbării în sens pozitiv, pentru îmbunătățire? Sunt setate obiective măsurabile de realizat în unități de timp predefinite</li> <li>3. Ce schimbări trebuie făcute care să determine rezultat pozitiv, în sensul îmbunătățirii calității îngrijirilor/ serviciilor de sănătate</li> </ol> <p>Schimbările sunt testate folosind cercul PACI la scală mică. După testare, învățare și rafinare prin repetarea câtorva secvențe de cicluri PACI, schimbarea este implementată la scală largă, în rândul unei întregi populații sau într-un întreg spital.</p>







UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!Instrumente Structurale  
2014-2020

Guvernare:	O echipă de profesioniști cu influență în rândul membrilor echipelor de implementare a schimbărilor este desemnată pentru a iniția, monitoriza, evalua și implementa schimbările specifice solicitate de sistemul de management al calității.	
Exemplu:	Problema	Foile de observație în forma lor clasică de completare manuală solicită mult prea mult timp din partea profesioniștilor și determină răspuns întârziat în asigurarea unui flux eficient de consult, monitorizare și evaluare a pacienților.
	Metoda	Modelul de îmbunătățire a fost ales în vederea implementării schimbării de trecere de la foile de observație clasică, completate de mână, la dosarul electronic al pacientului.
	Implementarea	<p>Se determină schimbările ce se doresc a fi determinate, exprimate în valori cifrice specifice (ex. minimizarea timpului petrecut de profesioniști în vederea completării foilor de observație cu ....%, creșterea cu ....% a numărului de consulturi inițiale, a frecvenței monitorizărilor și evaluărilor periodice realizate de cadrele medicale în unitatea de timp dată, etc.)</p> <p>Se numește echipa de schimbare formată din profesioniști cu influență din rândul membrilor echipei.</p> <p>Se stabilește locația (locațiile) de pilotare (ex. secția în care se va pilota prima dată dosarul electronic al pacientului, durata necesară, orele de instruire pentru personal, perioada de rafinare a primei versiuni de dosar electronic, secțiile în care se va implementa apoi treptat în cascadă dosarul electronic al pacientului, timpul necesar preconizat pentru implementare, instruire, rafinare, etc.)</p> <p>Se determină gredul de eficientizare a timpului profesioniștilor și a răspunsului prompt în preluarea, consultarea, evaluarea și monitorizarea pacienților prin trecerea de la foile de observație completate de mână la dosarul electronic al pacientului.</p>





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

	Impactul pe calitate	Compararea datelor inițiale cu cele obținute pe parcursul implementării progresive a schimbării; constatarea îmbunătățirii calității serviciilor acordate pacienților și eficientizării timpului profesioniștilor.
--	----------------------	--

IV. Lean/ Six Sigma	
Folosit pentru:	Analiza sistemelor de sănătate în vederea eliminării pierderilor și redirectionării resurselor spre îngrijiri de calitate consistente și eficiente.
Cel mai eficient pentru:	Când sistemele de sănătate sunt ineficiente, pierderile sunt prezente și calitatea îngrijirilor nu este o constantă.
Cerințe preliminare:	Un proces sau sistem care necesită schimbare în vederea eficientizării și asigurării continue de îngrijiri de calitate
Prezentare generală:	Metodologia Lean caută să îmbunătățească circuitul valorilor încorporate în proces și să elimine pierderile. Metodologia Six Sigma folosește cadrul Definește - Măsoară - Analizează - Îmbunătățește - Controlează (DMAIC), cu instrumente de analiză statistică, pentru descoperirea și înțelegerea cauzelor profunde ale variațiilor și reducerea acestora. Repetitivitatea și reducerea variațiilor în procesele și sistemele de sănătate ajută la asigurarea unei constante înalte a calității serviciilor experimentate de pacienți, în timp ce reducerea pierderilor de resurse și redirectionarea acestora către folosirea lor acolo unde este mai mare nevoie de acestea.
Cum se folosește:	Lean folosește <b>cartografierea procesului</b> ca metodă de identificare a ineficiențelor care afectează calitatea îngrijirilor, permițând planificarea acțiunilor ce se impun pentru îmbunătățire. Cartografierea procesului cu ajustările Lean elimină activitățile întreprinse <i>în caz de nevoie sau pentru că așa facem noi</i> , precum menținerea unor inventare/ măsurători/ rapoarte/ statistici inutile, pacienți în așteptare, transport în exces, defecte, mobilizări inutile ale personalului, procesări inutile de date. În Six sigma, DMAIC și graficele de control sunt folosite pentru a cerceta și ajusta procesul studiat în timp. DMAIC este format din: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Definește:</b> afirmă care este problema, specifică grupul de pacienți vizați, identifică scopul și subliniază procesul necesar a fi implementat pentru a ajunge la ținta de calitate propusă</li> <li>• <b>Măsoară:</b> decide parametrii ce trebuie cuantificați și modul cel mai bun prin care aceștia să fie măsurăți, colectează datele necesare la momentul inițial și măsurătorile după ce s-au implementat schimbările</li> </ul>





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Analizează:</b> identifică golurile dintre performanța reală și cea specificată în obiective, numește cauzele acestor goluri, specifică care din elementele de input afectează rezultatele și clasifică oportunitățile de îmbunătățire</li> <li>• <b>Îmbunătățește:</b> concepe posibilele soluții, identifică soluțiile care sunt cel mai ușor de implementat, testează ipotetic soluțiile și implementează îmbunătățirile necesare</li> <li>• <b>Control:</b> distribuirea unui plan de monitorizare a soluțiilor, observarea îmbunătățirilor implementate pentru atingerea succesului scontat, actualizarea regulată și menținerea rutinei de învățare continuă a profesioniștilor.</li> </ul> <p><b>Controlul statistic al procesului</b> prin grafice se desfășoară în paralel cu DMAIC, de aceea datele sunt colectate cronologic, cu menținerea liniilor reprezentând mediana, limita maximă de control și limita minimă de control, rezultate în urma colectării în timp a datelor statistice. Compararea datelor de la fiecare moment dat cu datele inițiale evidențiază progresul realizat și concluzionează asupra eliminării pierderilor din procesul de îngrijire. Astfel de studii identifică zonele de îmbunătățire și asigură în mod constant procesul de îmbunătățire a calității, în final determinând îmbunătățirea experienței pacientului în relație cu serviciile de îngrijire accesate.</p>	
Guvernare:	Echipa de management este direct interesată de inițierea, menținerea și finalizarea ciclică a metodologiilor Lean/ Six Sigma în organizațiile, instituțiile, serviciile, procesele de îngrijire	
Exemplu:	Problema	Alocarea profesioniștilor medici în activități și procese de îngrijire pentru care asistenții medicali au competențe clinice dobândite în urma finalizării unuia din programele de educație de nivel specializat (master ÎP, program specializare ÎP). Alocarea medic:asistent medical este de 1:2, iar remunerația este invers proporțională 2:1.
	Metoda	<p>Metodologia Lean direcționată către eliminarea pierderilor și redirecționarea resurselor costisitoare către zonele care nu au altă acoperire de competență profesională.</p> <p>Metodologia Six Sigma constând în procesul DMAIC și controlul statistic al procesului a fost aleasă pentru stabilirea datelor statistice inițiale și compararea rezultatelor pe parcursul procesului de eliminare a pierderilor și eficientizare a procesului de acordare a îngrijirilor, atât de către medici, cât și de către asistenți medicali.</p>





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

	Implementarea	<p>Conștientizarea problemei și a potențialului soluției de către toți cei implicați în procesul de îngrijire</p> <p>Stabilirea aspectelor din procesul de îngrijire de redistribuit medicilor, respectiv asistenților medicali în concordanță cu competențele profesionale dobândite de aceștia în procesul de instruire la nivel specializat.</p> <p>Monitorizarea rezultatelor determinate de implementarea schimbărilor.</p> <p>Compararea datelor colectate inițial cu cele colectate pe parcurs la intervalele de monitorizare prestabilite, respectiv la momentele de evaluare a procesului de îngrijire.</p>
	Impactul pe calitate	<p>Constatarea impactului schimbărilor implementate asupra calității îngrijirilor acordate pacienților, respectiv satisfacția pacienților cu noua dinamică de acordare a îngrijirilor.</p> <p>Satisfacția muncii pentru profesioniștii asistenți medicali, în corelație cu eficientizarea timpului de lucru al medicilor.</p>

## V. Cartografierea proceselor

Folosit pentru:	Cartografierea circuitului pacientului între serviciile organizației/ instituției medicale pentru a se remarca oportunitățile de îmbunătățire
Cel mai eficient pentru:	Când traseul pacientului într-o instituție/ organizație este complex și se dorește a fi permanent eficientizat
Cerințe preliminare:	Traseul pacientului și angajamentul managementului
Prezentare generală:	Revizuirea și cartografierea călătoriei pacientului în interiorul unei organizații/ instituții medicale prin implicarea tuturor entităților vizate
Cum se folosește:	Exercițiul cartografierii traseului pacientului într-un serviciu sau între serviciile aceleiași instituții prin implicarea în descrierea lui a tuturor profesioniștilor de pe traseu și a managementului determină o vedere reală concretă atât de la firul ierbii cât și de ansamblu a călătoriei pacientului în drumul spre satisfacerea nevoilor sale de îngrijire.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale

2014-2020

	<p>Procesul de cartografiere a procesului de îngrijire promovează asumarea răspunderii de către profesioniștii implicați și factorii de decizie din organizație.</p> <p>De asemenea oferă o platformă nouă de oportunități de schimbare a dinamicii dintr-un serviciu sau dintr-o organizație în vederea îmbunătățirii calității îngrijirilor acordate beneficiarilor.</p>	
Guvernare:	Auto-sesizarea profesioniștilor și/ sau managementului organizației	
Exemplu:	Problema	Lipsa de coordonare și golul de comunicare între diferitele servicii ale unei organizații
	Metoda	Cartografierea traseului pacientului și a informațiilor cu privire la acesta între servicii
	Implementarea	Profesioniștii din serviciile vizate și liniile de management se întâlnesc pentru realizarea hărții. Se trasează locurile de ștrangulare a informațiilor, respectiv a accesului pacientului de la un serviciu la altul. Se caută soluții (brainstorming). Se decide asupra modalității de comunicare, transmitere a informațiilor, plasare eficientă a pacientului între servicii. Se formalizează noul circuit prin procedurare.
	Impactul pe calitate	Pacienții au asigurat accesul facil de la un serviciu la altul în cadrul aceleiași organizații. Transparență decizională. Profesioniștii acționează în cunoștință de cauză. Managementul participativ și decizional conlucrează pentru creșterea calității serviciilor oferite pacienților.

## VI. Procesul de control statistic

Folosit pentru:	Măsurarea și controlul calității proceselor în concordanță cu parametrii predefiniți
Cel mai eficient pentru:	Când un proces necesită creșterea monitorizării și controlului la potențialul maxim pentru atingerea calității optime a îngrijirilor
Cerințe preliminare:	Un proces ce necesită monitorizare și control Implicarea de profesioniști și echipă managerială
Prezentare generală:	Procesul de control statistic (PCS) este o metodă de îmbunătățire a calității folosind statistica pentru monitorizarea și controlul proceselor, asigurând folosirea la maxim capacității unei instituții/

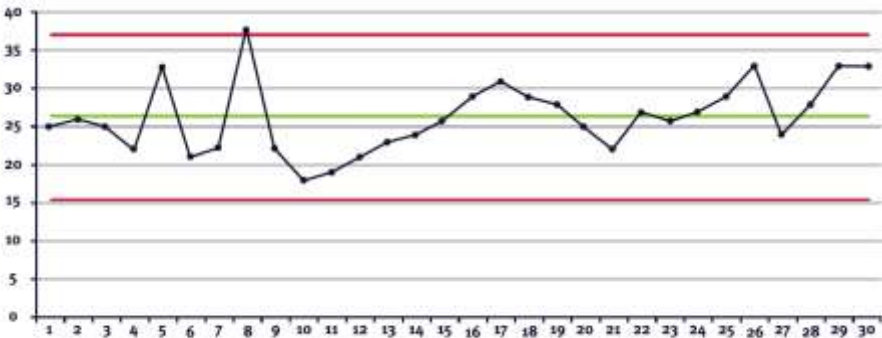




UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!Instrumente Structurale  
2014-2020

	<p>organizații, cu menținerea la standarde înalte a calității și minimizarea pierderilor. PCS implică:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folosirea graficelor de control</li> <li>• Focalizarea continuă pe îmbunătățire</li> <li>• Proiectarea de experimente noi</li> </ul> 	
Cum se folosește:	<p>Se stabilesc limitele de control minime și se setează țintele apoi se folosește funcția statistică <i>standard deviation</i> pentru compararea istoricului statistic de la baza de pornire cu rezultatele obținute pe parcurs, în momentele prestabilite de evaluare. Pentru respectarea rigorilor statistice este nevoie ca măsurătorile să se realizeze cu o frecvență anume care să determine grafice robuste, relevante pentru practica clinică din servicii.</p>	
Guvernare:	Auto-sesizarea profesioniștilor și/ sau managementului organizației	
Exemplu:	Problema	Gradul de ocupare a paturilor în secția de îngrijiri paliative
	Metoda	Procesul de control statistic
	Implementarea	Urmărirea statistică și grafică a dinamicii internărilor în secția de îngrijiri paliative, descoperirea motivelor de fluctuație în sens negativ și pozitiv, soluționarea perioadelor de regresie a curbei.
	Impactul pe calitate	Asigurarea numărului maxim de internări în secția de îngrijiri paliative cu respectarea fluxului de calitate a îngrijirilor

## VII. Analiza cauză-efect (Diagrama Fishbone/ Ishikawa)

Folosit pentru:	Determinarea cauzelor latente (cronice) ce țin de situații, activități și oameni, care determină efecte negative în procesul de îngrijire și care afectează calitatea serviciilor oferite beneficiarilor/ pacienților.
-----------------	--





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale

2014-2020

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Cel mai eficient pentru:	Când sunt remarcate evenimente negative cu efect pe calitatea îngrijirilor, lucru care necesită identificarea cauzelor profunde care au determinat efectul negativ nedorit.	
Cerințe preliminare:	Evenimente care afectează calitatea îngrijirilor și linia de management superioară	
Prezentare generală:	Analiza cauză - efect (ACE) este un proces structurat, de multe ori folosit ca metodă reactivă, pentru identificarea cauzelor producerii unui eveniment negativ nedorit sau este folosit ca instrument de investigare a neconcordanțelor constatate în urma auditului clinic.	
Cum se folosește:	Instrumentul folosit în analiza cauză - efect este diagrama fishbone (pește) sau Ishikawa. Această diagramă ajută la descoperirea diferitelor categorii de cauze care au determinat efectul/ evenimentul nedorit. Poate fi folosită pentru a da o structură inteligentă sesiunii de gândire liberă a celor care iau parte la analiză. La fiecare dintre categoriile determinate este indicat a se adresa întrebarea: <i>De ce se întâmplă asta?</i> pentru a merge pas cu pas în profunzimea cauzelor și a ajunge la cauzele profunde, cronice, determinante ale problemei.	
Guvernare:	ACE pentru a se desfășura în cele mai bune condiții necesită a se porni de către membrii echipei sau de către echipa de management cu toții coalizând în jurul misiunii de a descoperii problemele, de a fi sinceri și transparenți, pregătiți fiecare să își asume rolul, responsabilitățile și contribuția la situația constatată. Pentru fiecare cauză determinantă a evenimentelor nedorite se vor stabili planuri de acțiune cuprinzând soluțiile generate pentru remedierea efectelor. De asemenea este necesară programarea auditărilor și re-auditărilor ulterioare analizei cauză - efect în vederea asigurării implementării planului de acțiune și a monitorizării calității îngrijirilor ca urmare a măsurilor întreprinse.	
Exemplu:	Problema	Fluctuație mare a medicamentelor cu schimbarea mult prea frecventă a medicației concomitent cu prescrierea în doze minime a medicamentelor destinate controlului simptomelor.
	Metoda	Analiza cauză - efect, diagrama fishbone
	Implementarea	Investigarea cauzelor care determină problema enunțată mai sus prin revizuirea în retrospectivă a prescrierilor de medicamente din foile de observație ale pacienților din diversele servicii ale organizației în ultimul an de zile. Realizarea unei analize comparative între diagramele reieșite de





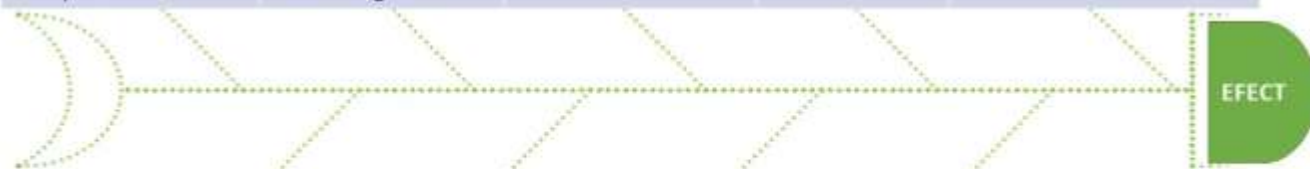
UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!Instrumente Structurale  
2014-2020

		la fiecare serviciu în parte. Soluționarea prin preluarea de la serviciile cu efecte pozitive în calitatea controlului simptomelor a practicii clinice desfășurate de aceștia și de către serviciile unde se regăsește pregnant problema enunțată.
	Impactul pe calitate	Pacienții prezintă un control adecvat al simptomelor. Farmacia poate anticipa mai ușor consumurile de medicamente, eliminarea pierderilor generate de schimbările frecvente de medicamente în planul de tratament al pacienților.

Cauze ce țin de PACIENT	Cauze ce țin de INDIVID	Cauze ce țin de SARCINĂ	Cauze ce țin de COMUNICARE	Cauze ce țin de ECHIPĂ
Diagnosticul clinic Factori fizici Factori sociali Factori psihici/mentali Relaționare interpersonală	Probleme de natură: - Fizică - Psihică - Socială Tip de personalitate Factori cognitivi	Ghiduri Proceduri Protocoale Factori de decizie Planificarea deficitară	Scris Vorbit Non-verbal Management deficitar	Congruența rolurilor Leadership deficitar Sprijin necondiționat lipsă Factori cultural-religioși



Cauze ce țin de EDUCAȚIE ȘI FORMARE	Cauze ce țin de ECHIPAMENTE ȘI RESURSE	Cauze ce țin de CONDIȚIILE DE LUCRU	Cauze ce țin de ORGANIZARE ȘI STRATEGIE
Competență Mentorizare Supervizie Disponibilitate Accesibilitate Adecvare	Integritate Poziționare Utilitate Afișaj instrucțiuni	Administrative Mediul fizic Normarea Încărcătura/ore Timpul	Structura organizației Prioritățile Riscurile externe importate Cultura siguranței

Diagrama Fishbone (Ishikawa): Analiza cauză - efect

VIII. Diagrama de decizie	
Folosit pentru:	Îmbunătățirea calității și consecvenței serviciilor de îngrijire și proceselor din sănătate
Cel mai eficient pentru:	Când deciziile cu privire la opțiunile de tratament/ îngrijire necesită congruență în abordare
Cerințe preliminare:	O abordare de îngrijire/ tratament și profesioniștii responsabili







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Prezentare generală:	<p>Diagrama de decizie este structurată sub forma de flux în care fiecare intersecție reprezintă un loc de decizie și fiecare ramură reprezintă rezultatele deciziei; este destinată profesioniștilor din echipele multidisciplinare a o folosi pentru îmbunătățirea calității și consecvenței în luarea deciziilor cu privire la procesul de îngrijire sau planul de tratament.</p>	
Cum se folosește:	<p>Diagrama de decizie poate fi aplicată în sănătate atunci când opțiunile de tratament sunt limitate, există nesiguranță, urmarea pașilor fluxului diagramei ducând la clarificarea diagnosticului, prognosticului, îngrijirilor, tratamentului și a recomandărilor următoare, deciziile fiind bazate pe algoritmi de îngrijire și protocoale de tratament.</p> <p>Diagrama de decizie permite atât profesioniștilor cât și pacienților și familiilor sa identifice cele mai favorabile opțiuni de tratament și îngrijire, luând în considerare riscurile și beneficiile fiecărei opțiuni, considerarea tuturor acestor aspecte determinând o satisfacție mult mai mare a beneficiarilor cu serviciile de îngrijire și tratament primite.</p> <p>Aceste fluxuri structurate de îngrijire și tratament sunt de ajutor în acordarea de servicii clinice congruente pacienților cu probleme similare; în situația în care există implementat dosarul electronic al pacientului diagrama de decizie poate fi inițiată automat o dată ce informații cheie au fost tstate în fișă.</p>	
Guvernare:	<p>Diagramele de decizie sunt generate de echipele de îngrijire multidisciplinare în care sunt incluși atât pacientul cât și îngrijitorii principali.</p>	
Exemplu:	Problema	Lunar, 13% dintre pacienții aflați în evidența unui serviciu specializat de îngrijiri paliative ajung să acceseze serviciile urgență.
	Metoda	Diagrama de decizie
	Implementarea	Este analizat fluxul de îngrijire, comunicare și decizie împreună cu pacientul și familia. Sunt stabilite sincopete. Este alcătuit și decis de comun acord asupra noului flux de decizie, astfel încât situațiile generate de complicații neprevăzute să fie rezolvate în beneficiul pacientului prin soluționarea problemelor fără expunerea lui la discomfortul serviciului de urgență, și cu impact





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

		direct pe decongestionarea acestui serviciu oricum suprasolicitat
	Impactul pe calitate	Identificarea sincopelor de îngrijire și comunicare cu ajutorul diagramei de decizie, rezultând în stabilirea unui nou flux de decizie cu privire la planul de îngrijire și tratament, determină îmbunătățirea calității serviciilor de care beneficiază pacientul și familia.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



POCA

Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Anexa 1. Instrumente și tehnici statistice de îmbunătățire a calității

Cele mai utilizate instrumente și tehnici bazate pe principii statistice și grafice, utilizate în colectarea și analiza datelor și în controlul proceselor sunt următoarele:

1. Reprezentarea grafică a datelor;
2. Histograma;
3. Diagrama de dispersie (de corelație);
4. Analiza prin stratificare;
5. Diagrama cauză - efect;
6. Diagrama PARETO;
7. Fișa de control.

Aceste instrumente și tehnici mai sunt denumite și *cele șapte instrumente clasice ale calității* și se bazează pe controlul statistic, fiind concepute, în principal, pentru tratarea datelor numerice.

### Reprezentarea grafică a datelor

Graficele (diagramele) sunt un mod de reprezentare a unor date sau a relațiilor dintre diferite seturi de date într-o formă grafică, nu numerică.

Graficele sunt extrem de des întâlnite, pe de o parte datorită puterii de sugestie pe care le au și pe de altă parte datorită faptului că pot concentra într-o manieră clară, simplă și fără echivoc informații privind un volum mare de date. Ele se folosesc pentru a ilustra:

- un mod de variație a unei mărimi în raport cu altă mărime sau alte mărimi
- comparație între două sau mai multe mărimi;
- distribuția unor valori în cadrul valorii totale;
- tendințe de evoluție a unor date;
- evoluția datelor conform unui model.

Se poate face afirmația că nu există prelucrare de date (în special experimentale) care să nu fie finalizată prin grafice care să susțină concluziile rezultate. Prelucrarea grafică este specifică activității științifice și de management al calității, caracterizate de volume foarte mari de date.

**Graficul sub formă de bare (coloane)** se recomandă pentru analiza comparativă a mărimii cantităților unor elemente.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

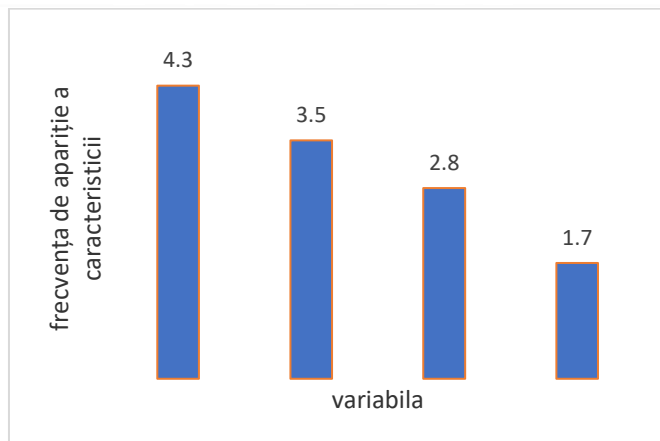


**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



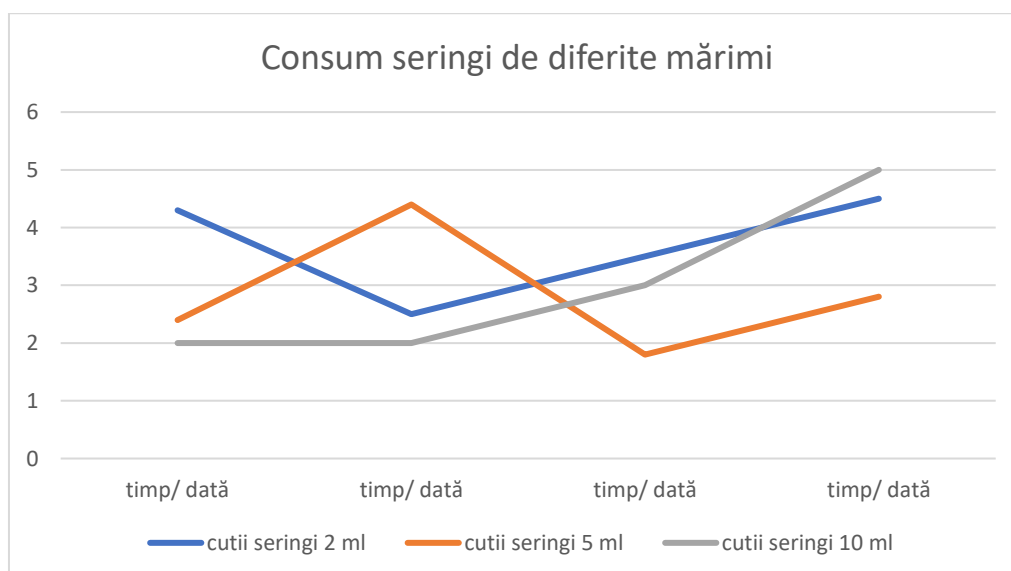
Instrumente Structurale  
2014-2020



*Grafic sub formă de bare*

Pe o axă orizontală pe care sunt reprezentate valorile la scară liniară, se ridică bare (coloane) de înălțimi proporționale cu efectivele (sau frecvențele) valorilor variabile respective. Înălțimea barelor indică, în general, *nivelul, intensitatea, frecvența variabilei, parametrului, caracteristicii de calitate sau aspectului analizat.*

**Graficul liniar** este folosit pentru a urmări variația în timp a unei caracteristici de calitate a serviciului sau produsului sau a unui parametru economic (ex. vânzări, încasări, profit, etc.). Se recomandă pentru a urmări variația în timp a numărului de vizite la pacient, a gradului de utilizare a anumitor medicamente și/sau materiale sanitare, a mașinilor cu care se fac vizitele la domiciliu, etc. Timpul se scrie pe axa orizontală iar valorile caracteristice parametrului de măsurat (a cărei variație se analizează) pe axa verticală. Prin unirea punctelor de pe grafic rezultă o linie frântă care indică evoluția în timp a caracteristicii analizate.



*Grafic liniar*





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

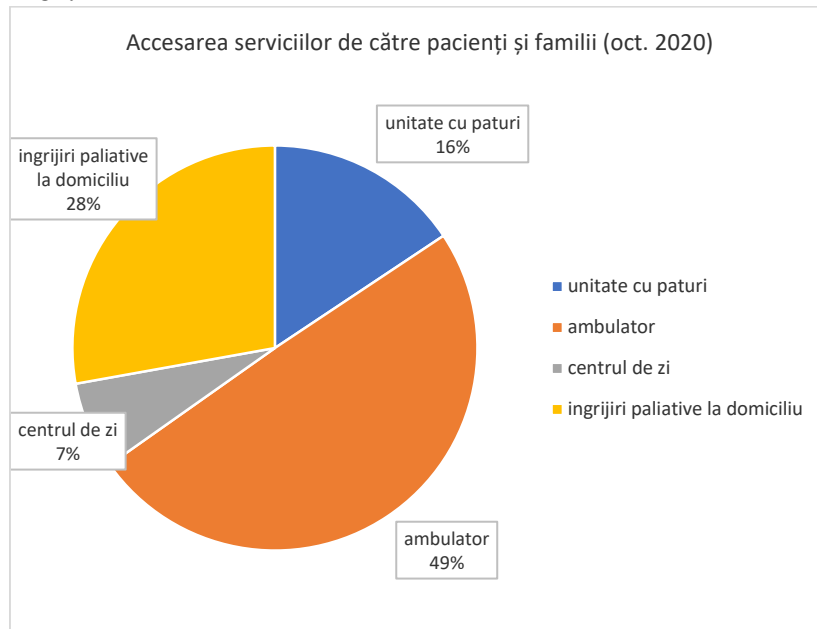


Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



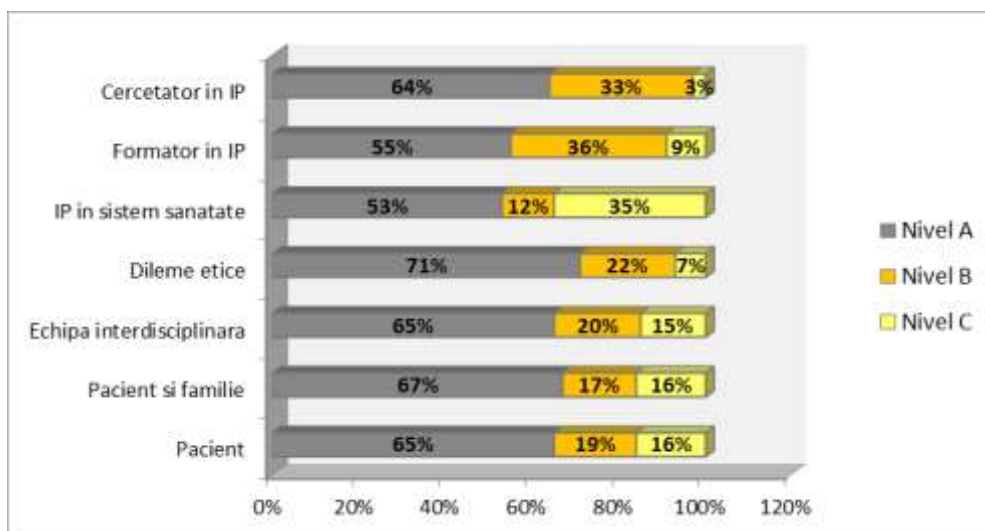
Instrumente Structurale  
2014-2020

**Graficul circular** se întocmește atunci când se urmăresc proporțiile diferitelor părți componente ale unui ansamblu de date. Se poate folosi pentru a analiza spre exemplu ponderea utilizării/ accesării de către beneficiarii direcți (pacienți și familii) sau indirecti (alte servicii medicale din comunitate; transferul pacienților din diferitele spitale în serviciul de paliativă respectiv) a diferitelor tipuri de servicii de îngrijire paliativă pe care le pune la dispoziție un furnizor.



*Grafic circular*

**Graficul bandă** are aceleași funcțiuni ca și graficul circular pentru că prezintă proporțional sau în valori absolute ponderile diferitelor elemente componente într-un ansamblu de date. Reprezentarea se face pe o bandă divizată pe lungime de la 0 la 100%. În exemplul de mai jos sunt prezentate răspunsurile la autoevaluarea asistenților medicali din serviciile specializate de îngrijire paliativă cu privire la competențelor profesionale pe care le implementează în practică, în funcție de nivelul de educație la care se obține acestea.



*Grafic bandă*





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



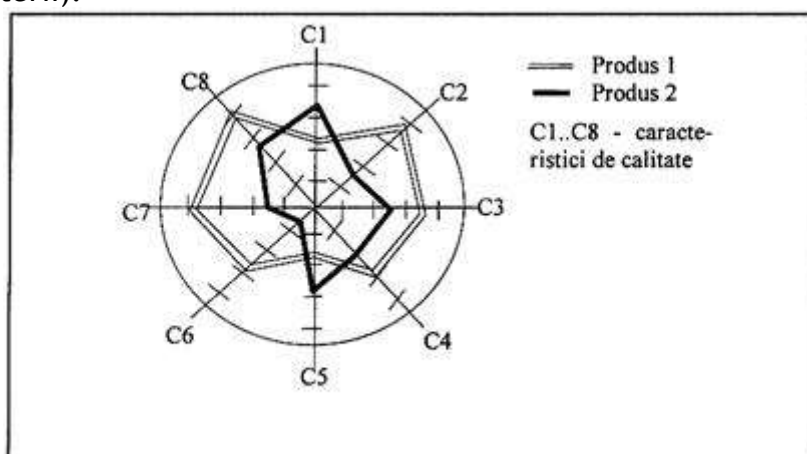
Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**Graficul radar** este utilizat în cazul unor analize complexe, care presupune luarea în considerare a unui număr mare de elemente. Pentru construirea acestui grafic, într-un cerc se trasează un număr de raze egale cu numărul elementelor analizate.

Pe fiecare rază se marchează mărimea elementelor, astfel încât valoarea cea mai mică să corespundă cu centrul cercului. Graficul radar poate fi utilizat pentru analiza comparativă a calității produselor, serviciilor, activităților, proceselor, luând în considerare mai multe caracteristici (criterii).



*Grafic radar*

**Graficul Gantt** este utilizat pentru reprezentarea succesiunii activităților prevăzute în scopul implementării unui proiect. Un asemenea proiect se poate referi, de exemplu, la implementarea unui model de asigurare a calității.

Pentru construirea diagramei Gantt se recomandă parcurgerea următoarelor etape:

- definirea activităților necesare pentru implementarea proiectului;
- estimarea duratei fiecărei activități;
- ordonarea activităților într-o succesiune logică;
- marcarea pe grafic a succesiunii activităților cu ajutorul unor linii orizontale.

Aceste linii arată momentul începerii și terminării fiecărei activități.

Graficul Gantt permite vizualizarea relației dintre activitățile prevăzute pentru implementarea unui proiect, indicând etapele care trebuie parcurse în acest scop.

De asemenea, facilitează observarea datelor la care au fost operate modificări în desfășurarea activităților, față de ceea ce se prevăzuse inițial.

Nr. crt	Denumirea activitatilor	Programarea activitatilor (pe luni)											
	→ Activitatea 1												
	→ Activitatea 2												
	Activitatea 3												
n	Activitatea „n“												

*Graficul Gantt*





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

## Histograma

Histograma este utilizată pentru reprezentarea grafică a distribuției unui ansamblu de date. În analiza calității facilitează evidențierea punctelor critice asupra cărora trebuie concentrate eforturile de îmbunătățire. În acest scop pot fi utilizate două tipuri de histogramme: de frecvență și cumulată. Pentru construirea unei histogramme se parcurg următoarele etape:

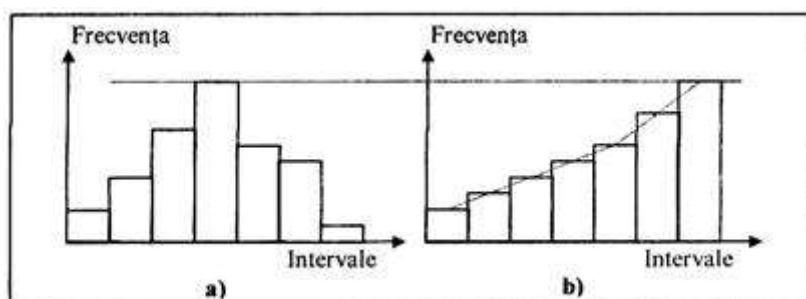
- culegerea datelor;
- stabilirea numărului de intervale în care vor fi împărțite datele;
- determinarea intervalului maxim de variație a datelor (diferența dintre valorile extreme);
- determinarea mărimii intervalelor prin împărțirea intervalului maxim de variație a datelor la numărul de intervale;
- stabilirea limitelor fiecărui interval;
- marcarea pe abscisă a intervalelor delimitate;
- marcarea pe ordonată a frecvenței datelor pe intervale;
- construirea histogrammei.

Pentru facilitarea construirii histogrammei se recomandă ca datele să fie cuprinse într-un tabel.

Intervale	Limite intervale	Media intervalelor	Distribuția datelor pe intervale	Frecvența absolută	Frecvența relativă	Frecvența absolută cumulată	Frecvența relativă cumulată
Total							

*Distribuția frecvenței datelor*

În funcție de caracteristicile concrete ale fenomenului analizat, histogrammele pot fi de diferite forme: normală, asimetrică, bimodală, dublă, etc.



*Histograme: a) de frecvență, b) cumulată*

**Diagrama arbore** (*problem tree analysis*) este utilizată pentru identificarea relațiilor dintre un subiect și elementele sale componente. Această diagramă recurge la descompunerea sistematică a unui subiect în elementele sale componente pentru indicarea legăturilor logice și secvențiale. Diagrama arbore poate fi utilizată în planificarea și rezolvarea problemelor în care se urmărește realizarea unui obiectiv (scop, efect) prin aplicarea unor măsuri sau metode. Diagrama se aseamănă cu un arbore, cu un număr crescător de ramuri.

Procedura pentru utilizarea acestui instrument este următoarea:





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



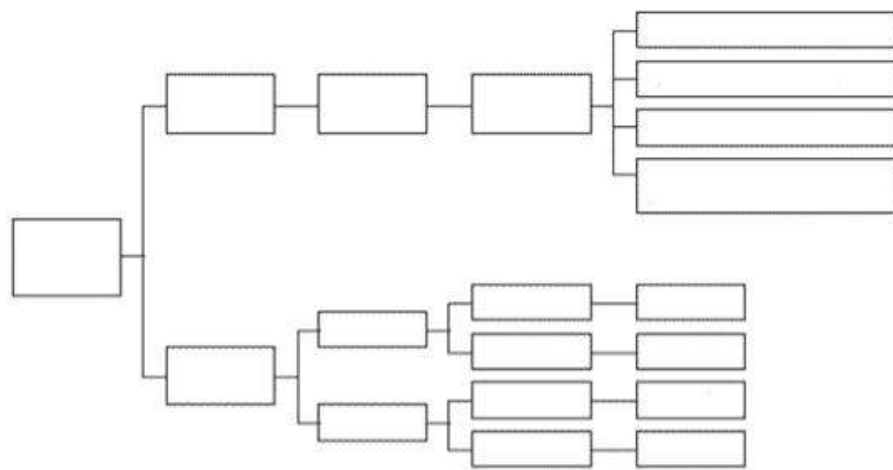
Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

1. se enunță clar și simplu subiectul ce urmează să fie studiat sau obiectivul care trebuie atins;
2. se definesc categoriile principale ale subiectului, respectiv măsurile ce se pot aplica pentru realizarea obiectivului fixat;
3. se construiește diagrama prin afișarea subiectului (respectiv obiectivului) într-o casetă în partea stângă a colii de hârtie/ documentului word (dacă se lucrează pe calculator). Se ramifică categoriile principale lateral înspre dreapta în vederea descompunerii lor;
4. pentru fiecare categorie principală se definesc elementele componente și sub-elementele;
5. se continuă ramificarea lateral înspre dreapta elementele componente și sub-elementele pentru fiecare categorie principală;
6. se analizează diagrama pentru a se asigura că nu există lacune în ordinea secvențială sau logică.

Diagrama arbore se poate utiliza pentru evaluarea metodelor și măsurilor ce trebuie aplicate atunci când există mai multe posibilități de rezolvare a problemei, de îndeplinire a obiectivului dorit.



*Diagrama arbore*

Pentru toate tipurile de date necesare la constituirea diferitelor tipuri de grafice se completează formulare/ fișe de colectare/ înregistrare a datelor.

### Fișe de înregistrare a datelor referitoare la calitate

Pentru înregistrarea sistematică a datelor referitoare la calitate sunt utilizate diferite tipuri de fișe. Întocmirea unei asemenea fișe presupune parcurgerea următoarelor etape:

- definirea scopului urmărit prin culegerea datelor;
- stabilirea datelor necesare pentru atingerea scopului;
- stabilirea metodologiei de analiză a datelor;
- întocmirea fișei pentru înregistrarea datelor, cu rezervarea unui spațiu pentru următoarele informații:

- cine a colectat datele?
- Unde?
- Când?
- Cum s-a realizat această colectare?







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!Instrumente Structurale  
2014-2020

- efectuarea unei testări preliminare prin colectarea și înregistrarea câtorva date;
- analiza și revizuirea formei de prezentare a fișei în funcție de necesități.

Tipuri de defecte	Data				Total defecte pe tipuri
Tip A					
Tip B					
Tip C					
Total defecte					
Cine a colectat datele:					
Locul în care s-au colectat datele:					
Cum s-au colectat datele:					

*Fișa pentru înregistrarea frecvenței defectelor*

### Diagrama Pareto (DIAGRAMA 80/20)

Diagrama Pareto permite evidențierea celor mai importante elemente ale unei probleme, asupra cărora trebuie acționat cu prioritate.

Acest tip de diagramă a fost utilizat, pentru prima dată, de M. D. Lorenz, pentru a ilustra distribuția neuniformă a averii naționale. El a observat că 80% din aceasta aparține unui număr restrâns de persoane, reprezentând circa 20% din totalul populației. În mod eronat, diagrama utilizată de el a fost identificată cu diagrama lui Vilfredo Pareto, totuși denumirea eronată a rămas.

Juran a pus în evidență faptul că, în domeniul calității, acest principiu universal al distribuției neuniforme acționează astfel: „... pierderile nu sunt niciodată uniform distribuite pe caracteristici de calitate. Întotdeauna neuniformitatea distribuției pierderilor este de așa natură încât un procent redus, respectiv, acele câteva caracteristici de calitate de importanță vitală dețin o pondere importantă în totalul pierderilor referitoare la calitate“.

Pe baza acestor constatări, Juran a propus utilizarea diagramei Pareto în analiza cantitativă a defectelor.

Pentru construirea diagramei se parcurg următoarele etape:

1. selectarea elementelor care vor fi analizate (de exemplu, tipuri de defecte);
2. stabilirea modalității de exprimare a elementelor (în valori absolute sau relative);
3. stabilirea perioadei pentru culegerea datelor;
4. culegerea și ordonarea datelor (în acest scop se recomandă utilizarea unor tabele în care datele vor fi trecute în ordine descrescătoare);
5. construirea diagramei utilizând un grafic în coloane, astfel:
  - se delimitează pe abscisă un număr de intervale egal cu cel al elementelor analizate;
  - se trasează două ordonate: pe ordonata din stânga se reprezintă unitatea de măsură stabilită, iar cea din dreapta servește pentru reprezentare procentuală;





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

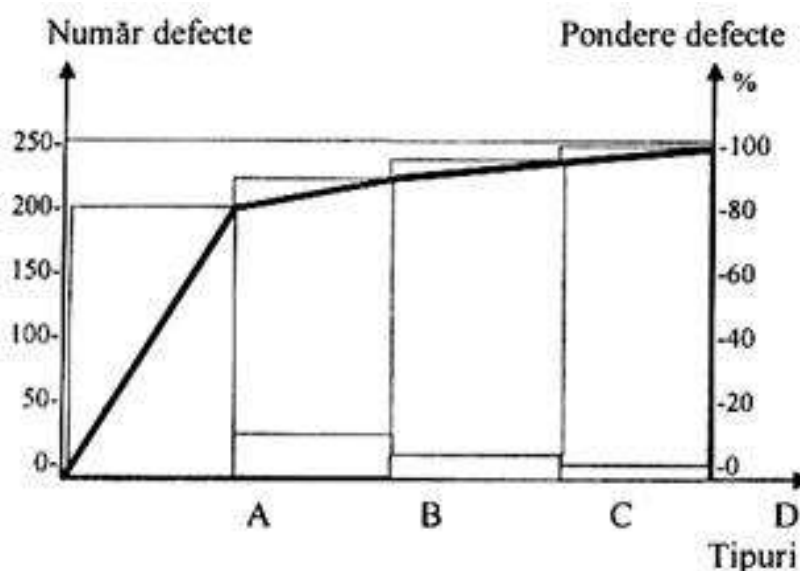


Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

- pentru fiecare element se construiesc pe abscisa coloane cu lungimea corespunzătoare valorii elementelor;
- construirea curbei cumulative a frecvențelor, prin însumarea succesivă a ponderilor calculate pentru fiecare element, de la stânga la dreapta.

Mai jos este prezentat un exemplu de aplicare a diagramei Pareto în analiza defectelor; pe abscisă sunt menționate tipurile de defecte (A,B,C,D), în ordinea descrescătoare a frecvenței lor.



*Analiza defectelor cu ajutorul diagramei Pareto*

Din exemplul dat rezultă ca defectele A și B dețin 90% din total, deci trebuie acționat cu prioritate pentru eliminarea acestora.

Prin compararea diagramelor realizate înainte și după luarea unor măsuri corective sau de îmbunătățire, se poate evidenția progresul înregistrat în rezolvarea problemelor.

### Diagrama de corelație

Diagrama de corelație este utilizată pentru evidențierea relațiilor dintre două categorii de date. Una din aceste categorii x se reprezintă pe abscisă, iar cealaltă y pe ordonată.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

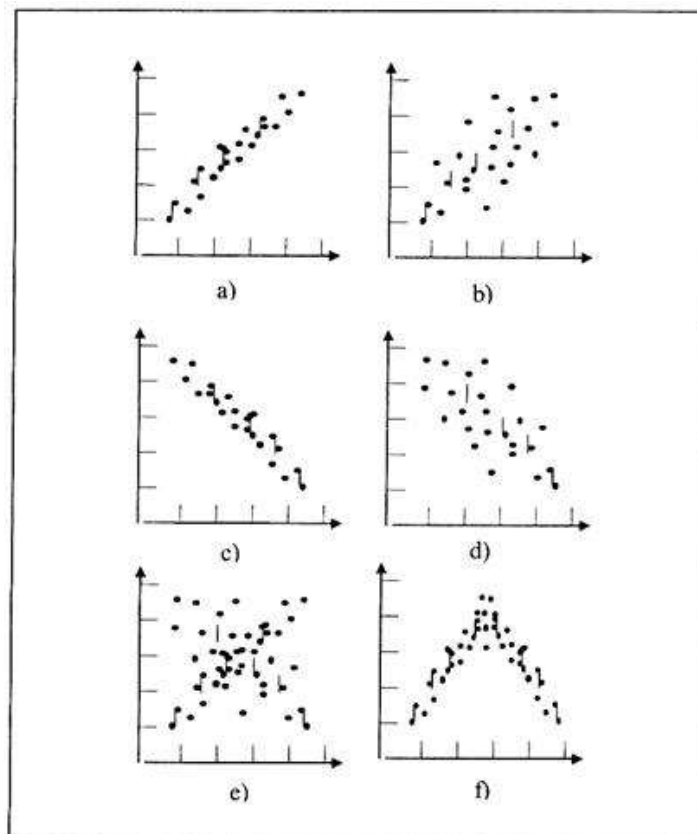
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020



Tipuri de corelații.

În funcție de distribuția punctelor de coordonate  $(x, y)$  pe grafic, se apreciază tipul de corelație existent între categoriile respective de date și cât de puternică este această corelație.

O *corelație pozitivă* între  $x$  și  $y$  există atunci când pentru valori crescânde ale lui  $x$  corespund valori crescânde ale lui  $y$ . Această corelație poate fi *puternică*, atunci când punctele de coordonate  $(x, y)$  nu prezintă un grad mare de împrăștiere, în caz contrar această corelație este *slabă* (graficul de mai sus, diagramele a-b).

O *corelație negativă* între  $x$  și  $y$  există atunci când pentru valori crescânde ale lui  $x$  corespund valori descrescânde ale lui  $y$ . Această corelație este considerată *slabă*, dacă punctele de coordonate  $(x, y)$  prezintă un grad mare de împrăștiere, în caz contrar corelația este *puternică* (graficul de mai sus, diagramele c-d).

În cazul în care punctele de coordonate  $(x, y)$  prezintă un grad mare de împrăștiere, între cele două categorii de date *nu există corelației* (graficul de mai sus, diagrama e).

Dacă pentru o parte dintre valorile crescătoare ale lui  $x$  corespund valori crescătoare și apoi descrescătoare ale lui  $y$ , atunci se consideră că există o *corelație neliniară* (graficul de mai sus, diagrama f).





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!

Instrumente Structurale  
2014-2020

## Fișa de control $\bar{X}$ - R

O fișă de control este un instrument utilizat pentru compararea grafică a datelor performanțelor procesului cu *limitele de control* trasate ca *linii limită de fișă*. O fișă de control este o diagramă pe care sunt trasate *limita de control superioară* și *limita de control inferioară*, precum și o *linie centrală* corespunzătoare nivelului mediu dorit al caracteristicii de calitate. Pe fișa de control sunt reprezentate valorile unor parametrii statistici pentru o serie de *eșantioane* sau *subgrupuri* ordonate cronologic sau după numerele eșantioanelor selectate în secvența regulată de producție.

Fișa de control poate fi utilizată în următoarele scopuri:

- evaluarea stabilității procesului;
- determinarea momentului în care acesta trebuie ajustat;
- confirmarea îmbunătățirii acestuia.

Fișa de control pentru medie și amplitudine  $\bar{X}$ -R oferă cele mai multe informații în legătură cu procesul analizat. Diagrama de control  $\bar{X}$  servește pentru evidențierea variației valorilor medii ale caracteristicii analizate, iar diagrama de amplitudine R este utilizată pentru reprezentarea variației amplitudinii caracteristicii.

Construirea unei fișe de control  $\bar{X}$ -R presupune parcurgerea următoarelor etape:

1. selectarea caracteristicii X a cărei variație va fi urmărită;
2. stabilirea mărimii eșantionului de date N care se va culege și periodicitatea culegerii lor;
3. colectarea și ordonarea datelor pe 20-25 subgrupe;
4. calcularea mediei  $\bar{X}$  și amplitudinii R, pentru fiecare subgrupă;
5. calcularea mediei mediilor  $\bar{\bar{X}}$  și a amplitudinii medii  $\bar{R}$ ;
6. calcularea limitelor de control superioară Lcs și inferioară Lci, pentru medie și amplitudine;
7. construirea diagramei de control și luarea deciziilor corespunzătoare.

Datele culese, precum și rezultatele calculelor efectuate se trec într-un tabel.

Metodologia determinării parametrilor statistici necesari pentru construirea diagramei de control este prezentată în standardele ISO 7870 și ISO 8258.

Fișa de control conține următoarele elemente: mediile  $\bar{X}$  și  $\bar{R}$ , limitele de control Lcs și Lci, respectiv punctele corespunzătoare mediei și amplitudinii determinate pentru fiecare subgrupă de date.

### Fisa de calcul pentru aplicarea fisei de control $\bar{X}$ -R

Nr. subgrupa	Valorile caracteristicii Xi				Suma val. Xi	Media $\bar{X}$	R=Xmax-Xmin	Observatii
	x1	x2		xn				
m								
Total					suma medii- lor	suma amplitu- dinilor		
Medie					$\bar{\bar{X}}$	$\bar{R}$		





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

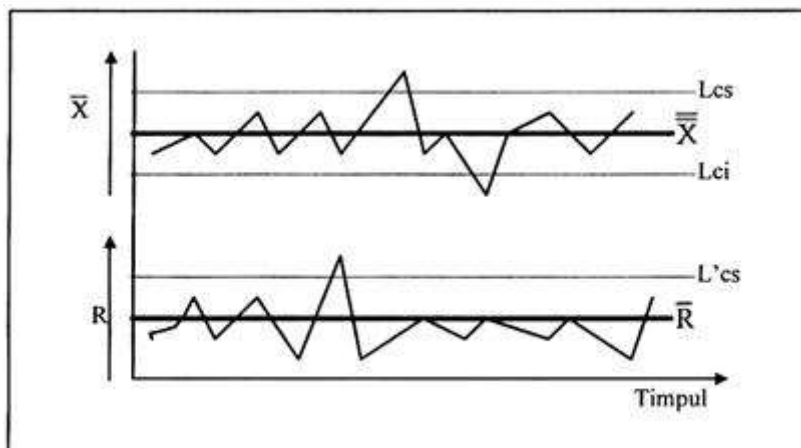


Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020



Fisa de control  $\bar{X}$ -R

În funcție de repartizarea valorilor pe diagramă se pot trage următoarele concluzii generale:

- dacă valorile mediilor  $\bar{X}$  se află între cele două limite de control procesul se consideră stabil ca reglaj, altfel este instabil pentru subgrupele în care se înregistrează depășirile;
- dacă valorile amplitudinilor R se află sub limita de control L'cs, procesul este stabil ca precizie, altfel este instabil pentru subgrupele în care se înregistrează depășirile;
- dacă valorile mediilor  $\bar{X}$ , respectiv  $\bar{R}$ , se află în afara limitelor de control, procesul este instabil ca reglaj, respectiv ca precizie.

### Diagrama cauza-efect

Diagrama cauză - efect sau **diagrama Ishikawa** este un instrument utilizat pentru analiza și reprezentarea grafică a relațiilor dintre un efect dat (ex. variațiile unei caracteristici de calitate) și cauzele sale posibile. Această diagramă evidențiază legătura (relația) între cauze=factori de influență și un efect=o caracteristică de calitate. Cele mai multe cauze posibile pot fi clasificate, după importanță, în cauze principale (majore), cauze secundare, terțiare etc. pe diferite niveluri de importanță, astfel încât reprezentarea grafică seamănă cu scheletul unui pește. De aceea, procedeul este cunoscut și sub denumirea de diagrama *os de pește* (fishbone).

Diagrama se mai utilizează pentru investigarea rezultatelor așteptate ale unei acțiuni, evidențierea relațiilor dintre diferitele cauze ale unui anumit fenomen, ca procedeu de înregistrare a ideilor.

Pentru construirea diagramei se parcurg mai multe etape:

- I. definirea efectului sau caracteristica de calitate analizată, în mod clar și concis;
- II. definirea cauzelor principale posibile sau factorii principali care influențează caracteristica de calitate;

Diagramele de acest tip sunt utile pentru:

- ✓ identificarea cauzelor ce stau la originea unor efecte negative sau, dimpotrivă, a unor efecte pozitive în desfășurarea unui proces;
- ✓ analiza condițiilor necesare pentru ameliorarea calității unui produs sau serviciu, sau pentru o mai bună aprovizionare materială sau pentru reducerea costurilor;





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

- ✓ eliminarea condițiilor ce cauzează respingerea unui produs sau serviciu, sau reclamațiile din partea clienților sau beneficiarilor;
- ✓ educarea și capacitatea personalului în luarea de decizii și în acțiunile cu caracter corectiv.

Cele 6 grupe de posibile cauze, așa-numite *cei 6M*, sunt:

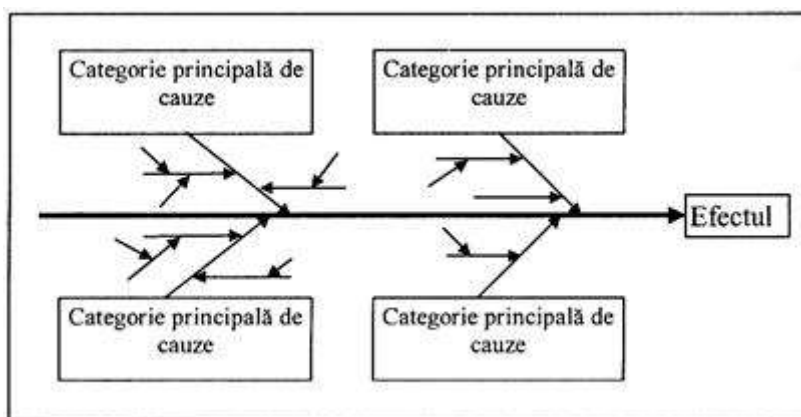
1. materiile prime, resursele materiale;
2. mașinile, echipamentele de lucru, utilajele;
3. metodele, protocoalele și procedurile de lucru;
4. muncitorul, angajatul, resursele umane;
5. mediul;
6. măsurarea, metodele și mijloacele de măsurare.

Standardul ISO 9004-4 recomandă delimitarea următoarelor categorii de cauze:

- ✓ sistemul de date și informații;
- ✓ mediul;
- ✓ echipamentele;
- ✓ materialele;
- ✓ mijloacele de măsurare;
- ✓ metodele;
- ✓ personalul.

*Identificarea tuturor cauzelor posibile*, utilizând, de pildă, tehnica brainstorming (cauze reale, probabile, potențiale). Fiecare din aceste cauze este încadrată într-una din categoriile principale, anterior constituite. Dacă într-o categorie sunt prea multe cauze, în cadrul ei se pot delimita subcategorii. Această ramificare (ierarhizare) poate fi făcută până la nivelul de detaliere necesar.

- III. Construirea diagramei se realizează prin menționarea efectului în căsuța din dreapta și stabilirea poziției categoriilor principale de cauze. Dezvoltarea diagramei constă în specificarea cauzelor corespunzătoare fiecărui nivel de detaliere. În felul acesta elementele cauzale principale, secundare și minore sunt corelate explicit și rațional.



*Schema de construire a diagramei cauză și efect*





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

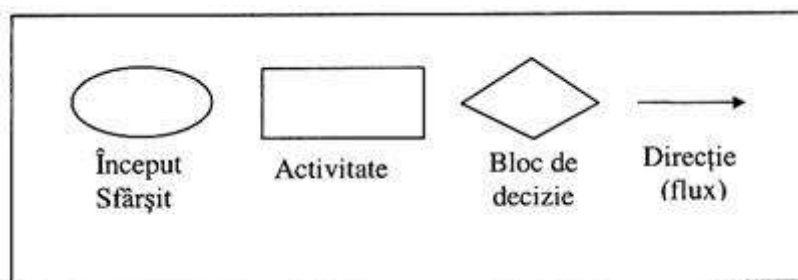
Dintre cauzele evidențiate vor fi selectate cauzele care au cea mai mare influență probabilă asupra efectului analizat. Se recomandă să se aleagă un număr redus de cauze (3-5), asupra cărora va trebui acționat cu prioritate pentru rezolvarea problemei. Atunci când problema de analizat este mai complexă, cauzele pot fi numeroase. În asemenea situații este preferabilă construirea unor diagrame parțiale.

### Diagrama procesului

Diagrama procesului (flowchart) este o reprezentare figurativă a etapelor unui proces, utilizată în investigarea posibilităților de îmbunătățire a acestuia sau în cazul proiectării unui nou proces.

Prin examinarea corelațiilor dintre diferitele etape ale procesului, pe baza unei asemenea diagrame, există posibilitatea evidențierii surselor abaterilor.

Diagrama procesului se construiește utilizând, de regulă, simbolurile din imaginea de mai jos.



*Simboluri utilizate pentru construirea unei diagrame de proces*

Reprezentarea unui proces, cu ajutorul acestei diagrame, presupune parcurgerea următoarelor etape:

- identificarea începutului și sfârșitului procesului;
- observarea procesului, în ansamblul său;
- stabilirea exactă a etapelor procesului (intrări, ieșiri, activități, decizii);
- construirea unui proiect de diagrama a procesului;
- analiza proiectului cu ajutorul personalului implicat în procesul respectiv;
- îmbunătățirea proiectului, pe baza analizei efectuate;
- verificarea diagramei în raport cu procesul actual.

### Brainstorming

*Brainstorming* reprezintă una din cele mai utilizate tehnici de creativitate. Scopul său este de a obține cât mai multe idei cu privire la o temă dată, fără să fie impuse nici un fel de restricții membrilor grupului care-l aplică. A fost elaborată de psihologul Alexander Osborn, în anul 1953. Această tehnică este utilizată și în managementul calității și anume pentru identificarea soluțiilor posibile ale problemelor și a oportunităților privind îmbunătățirea calității produselor, serviciilor sau proceselor. Aplicarea ei presupune parcurgerea mai multor etape:

1. Formularea problemei - se realizează cu participarea unui număr restrâns de persoane (cel mult 5), coordonate de „facilitatorul” grupului.
2. Descoperirea ideilor - are loc în etapa a doua, cu participarea a 10-20 de persoane, inclusiv cei care au formulat problema. Facilitatorul grupului enunță





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

- problema, respectiv scopul urmărit, precizând regulile de bază care trebuie respectate:
- formularea unui număr cât mai mare de idei, facând abstracție de calitatea lor;
  - vor fi enunțate chiar și ideile care par absurde; acestea conduc, adesea, la identificarea unor soluții de rezolvare a problemelor;
  - vor fi evitate criticile de orice natură referitoare la propriile idei și ale celorlalți membri ai grupului;
  - ideile trebuie ascultate cu atenție, încercându-se asocieri cu acestea și dezvoltarea lor.
3. Toate ideile emise vor fi înregistrate, astfel încât membrii grupului să le vadă.
  4. Ordonarea și evaluarea ideilor este preferabil să se facă cu prilejul unei reuniuni ulterioare. În felul acesta se evită realizarea unei selecții pripite sau, dimpotrivă, prea severe. Se recomandă ca toate ideile să fie analizate în vederea clarificării lor. Pentru asigurarea unei evaluări cât mai eficiente a listei de idei, Osborn propune mai multe variante de ordonare a acestora: prin combinare, adaptare, substituire, susținere cu noi argumente etc.







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Anexa 2. Criterii profesionale în îngrijiri paliative

### Barem de evaluare competente medici cu atestat îngrijiri paliative

#### 1. ABORDAREA CAZULUI

##### 1.1. *Evaluează holistic cazul (evaluarea cuprinde):*

- evaluarea simptomelor (+scale);
- evaluarea statusului de performanță;
- evaluarea neurologică sumară și a statusului de constiență;
- evaluarea prognosticului;
- înțelegerea pacientului referitor la dg și prognosticul bolii;
- evaluarea reacțiilor emoționale față de pierdere (boală, roluri sociale, etc) ;
- evaluarea depresiei;
- evaluarea priorităților și obiectivelor din perspectiva pacientului și familiei;
- evaluarea socială;
- evaluarea spiritual.

##### 1.2. *Demonstrează judecata clinică pertinentă prin stabilire diagnostic diferențial și listei de probleme observație+studii de caz*

##### 1.3. *Elaborează planul de îngrijire interdisciplinar pornind de la scopurile/prioritățile pacienților+famiiliilor (plan ce vizează reducerea suferinței și care să adreseze nevoile fizice, psihoemoționale, sociale, spirituale ale pacienților și familiei)*

##### 1.4. *Describe particularitățile asistării pacienților într-o varietate de locații -UP, domiciliu, ambulator*

#### Observație, joc de rol

##### 1.5. *Describe și aplică protocolul de monitorizare continuă*

##### 1.6. *Educă pacientul și familia vizând*

- modalități de menținere și îmbunătățire a funcționalității;
- traiectoria bolii;
- rolul și posibilitățile oferite de serviciul de paliativ;
- recomandări.





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**1.7. Recunoaște semnele și simptomele morții iminente și asistă pacientul și familia acestuia**  
observatie

## **2. CUNOSTINȚE MEDICALE**

### **Barem de manevre, tehnici și activități practice-pentru asistenți medicali cu specializarea Îngrijiri Paliative**

<b>Manevre / tehnici / activitati practice</b>	
1.	Înțelegerea rolului echipei multidisciplinare
2.	Dovedește capacitate de lucru în echipă
3.	Demonstrează respect pentru atitudinea și credința pacientului și familiei
4.	Are capacitatea de a păstra confidențialitatea
5.	Demonstrează respect pentru autonomia pacientului bolnav de cancer
6.	Are capacitatea de a evalua diverse probleme psihologice
7.	Are capacitatea de a evalua diverse probleme sociale
8.	Are capacitatea de a evalua diverse probleme spirituale
9.	Aplică metode de ascultare activă
10.	Aplică metode de comunicare verbală-nonverbală
11.	Describe și recunoaște reacțiile emoționale prin care trece bolnavul după clasificarea lui Kubler-Ross
12.	Evaluează și monitorizează diferite simptome apărute în cadrul bolii de cancer
13.	Aplică metode de prevenire a escarelor
14.	Aplică metoda pansamentului umed în pansarea escarelor
15.	Are capacitatea de a diferenția tipuri de pansamente speciale
16.	Are capacitatea de a decide ce tip de pansament trebuie aplicat în funcție de gradul escarei
17.	Aplică metode de masaj pentru reducerea în volum a limfedemului
18.	Are capacitatea de a îngriji pacientul cu tumoră exulcerată
19.	Are capacitatea de a îngriji pacientul cu gastrostomă
20.	Are capacitatea de a îngriji pacientul cu traheostomă
21.	Are capacitatea de a îngriji pacientul cu sonda vezicală
22.	Folosește seringă automată în administrarea analgeziei majore
23.	Are capacitatea de a îngriji pacientul cu stomă ileo-colo-uro
24.	Are capacitatea de a îngriji cavitatea bucală a pacientului
25.	Are capacitatea de a descrie căi de administrare a analgeziei majore





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

26.	Poate să denumească reacții adverse apărute post-analgezie
27.	Poate să aplice metode nefarmacologice în controlul durerii
28.	Poate să aplice metode de consiliere și suport familiei îndoliate
29.	Poate să se implice în educarea familiei și a pacientului
30.	Poate să stabilească un plan de îngrijire, să-l implementeze și să-l monitorizeze

### Barem de manevre, tehnici și activități practice pentru asistenți medicali comunitari din îngrijirea paliativă

Nr. Crt.	Asistentul medical comunitar din îngrijirea paliativă este capabil să:
1.	Înțelege rolul echipei multidisciplinare
2.	Dovedească capacitate de lucru în echipă
3.	Demonstreze respect pentru atitudinea și credința beneficiarului și familiei acestuia
4.	Pastreze confidențialitatea
5.	Demonstreze respect pentru autonomia beneficiarului
6.	Comunice echipei observațiile cu privire la situația socială, emoțională
7.	Aplice metode de comunicare verbală-nonverbală
8.	Aplice metode de ascultare activă
9.	Aplice metode de prevenire a escarelor
10.	Aplice metode de masaj pentru reducerea în volum a limfedemului
11.	Facă îngrijirea tumorilor exulcerate
12.	Facă îngrijirea gastrostomei
13.	Facă îngrijirea traheostomei
14.	Facă îngrijirea ileo-colo-uro stomei, gastrostomă
15.	Facă corect îngrijirea cavității bucale
16.	Facă îngrijirea sondei vezicală
17.	Aplice metode nefarmacologice în controlul durerii și a altor simptome
18.	Administreze medicație conform prescrierii medicale, urmând calea de administrare indicată
19.	Recunoască nevoia de suport familiei îndoliate
20.	Educarea familiei și a beneficiarului cu privire la tehnici, intervenții, obiectivele din planul de îngrijire
21.	Observe modificările survenite în starea generală a pacientului
22.	Realizeze igiena beneficiarului





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

23.	Alimenteze corespunzator beneficiarului
24.	Ajute la satisfacerea nevoilor fiziologice ale beneficiarului
25.	Ingrijeasca beneficiarului in faza terminala
26.	Respecte circuitele, normele de asepsie si antisepsie

### Barem de manevre, tehnici si activitati practice pentru infirmiere si/sau ingrijitoare la domiciliu

Nr. crt	Infiriera si/sau ingrijitoarea la domiciliu din îngrijirea paliativă este capabilă să:
1.	Intelega rolul echipei multidisciplinare
2.	Dovedeasca capacitate de lucru in echipa
3.	Demonstreze respect pentru atitudinea si credinta pacientului si familiei
4.	Pastreze confidentialitatea
5.	Demonstreze respect pentru autonomia pacientului bolnav de cancer
6.	Comunice echipei observatiile cu privire la situatia sociala, emotionala
7.	Aplice metode de comunicare verbala-nonverbala
8.	Aplice metode de ascultare activa
9.	Aplice metode de prevenire a escarelor
10.	Aplice metode de masaj pentru reducerea in volum a limfedemului
11.	Faca ingrijirea tumorilor exulcerate
12.	Faca ingrijirea gastrostomei
13.	Faca ingrijirea traheostomei
14.	Faca ingrijirea ileo-colo-uro stomei,gastrostoma
15.	Faca corect ingrijirea cavitatii bucale
16.	Faca ingrijirea sondei vezicala
17.	Aplice metode nefarmacologice in controlul durerii si a altor simptome
18.	Recunoasca nevoia de suport familiei indoliate
19.	Educarea familiei si pacientului
20.	Observe modificarile survenite in starea generala a pacientului
21.	Realizeze igiena pacientului
22.	Alimenteze corespunzator pacientul
23.	Ajute la satisfacerea nevoilor fiziologice ale pacientului
24.	Ingrijeasca pacientul in faza terminala
25.	Respecte circuitele, normele de asepsie si antisepsie







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Statut asigurat:

Asigurat CNAS

Asigurare voluntară

Neasigurat

1. Asig. oblig. CAS	<input type="text"/>	2. Asig. facultativă CAS	<input type="text"/>	3. Acord internațional	<input type="text"/>	4. Card european	<input type="text"/>
Nr. card european							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Categ. asig. CNAS:** salariat (1); coasig. (2); pensionar (3); copil < 18 ani (4); elev/ucenic/student 18-26 ani (5);

gravidă (6) veteran (7); revoluționar (8); handicap (9); PNS (10); ajutor social (11); șomaj (12); alte (13)

**Tipul internării:** urgență (1); trimit. MF (2); trimit. ambulatoriu (3); transfer interspit. (4); la cerere (5); alte (9)

**Criteriu eligibilitate pentru preluare în serviciu de paliatie:** .....

**Aparținători:**

NUMELE ..... Grad de rudenie ..... Telefon de contact .....

**Medic de familie:** .....

**Diagnosticul de trimitere:**

.....

**Diagnosticul la preluare în serviciu:**

.....

**Complexitatea cazului la preluare:**

Complex  (suferință severă/comorbidități)

Necompat  (suferință ușoară/medie)

**Prognostic estimat la admiterea în serviciu:**

Zile

Săptămâni

Luni

Ani

Semnătura și parafa medicului

.....

**Diagnosticul la 72 ore de la preluare:** .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Diagnosticul principal la ieșirea din serviciu: .....

--	--	--	--	--

Diagnostice secundare la ieșirea din serviciu (complicații / comorbidități):

1. ....

--	--	--	--	--

2. ....

--	--	--	--	--

3. ....

--	--	--	--	--

4. ....

--	--	--	--	--

5. ....

--	--	--	--	--

Semnătura și parafa medicului curant

.....

Starea la ieșirea din serviciu: vindecat (1); ameliorat (2); staționar (3); agravat (4); decedat (5)

--

Tipul externării: externat (1); externat la cerere (2); transfer interspitalicesc (3); decedat (4)

--

Data și ora decesului: zi 

--	--

 luna 

--	--

 an 

--	--	--	--

 ora 

--	--	--	--

Diagnostic în caz de deces:

I. a. Cauza directă (imediată) .....





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

b. Cauza antecedentă

.....

Stări morbide inițiale:

a.

.....

b.

.....

II.

Alte stări morbide importante .....

.....

**Condiții de viață și muncă:**

.....

.....

**Comportamente (fumat, alcool etc.):**

.....

.....

**ANAMNEZA:**

.....

a) Antecedente heredo-colaterale

.....

.....

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

.....

.....

c) Medicație de fond administrată înaintea preluării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

.....

.....

**MOTIVELE SOLICITĂRII SERVICIULUI:**

.....







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**

**AȘTEPTĂRILE PACIENTULUI/FAMILIEI LA LUAREA ÎN EVIDENȚA SERVICIULUI DE PALIAȚIE:**

.....  
.....

**ISTORICUL BOLII:**

.....  
.....

**EXAMENUL CLINIC GENERAL**

**Tegumente și Mucoase** ..... Temperatură

.....  
.....

**Țesut conjunctiv-adipos** .....

.....  
.....

**Sistem ganglionar** .....

.....  
.....

**Sistem muscular** .....

.....  
.....

**Sistem osteo-articular**

.....  
.....

**Aparat respirator** .....

.....  
.....

**Aparat cardiovascular:** AV ..... Bătăi/ min. TA ..... mmHg

.....  
.....

**Aparat digestiv** .....

.....  
.....

.....  
.....





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Starea de nutriție: Normală  Precașexie  Cașexie  Greutate ..... Înălțime .....

Alimentație: singur  cu ajutor  sondă nazogastrică  gastrostomă/jejunostomă  dietă

Aparat uro-genital .....

Sistem nervos, endocrin, organe de simț .....

Starea de conștiență:

Pacientul a fost mai confuz în ultimul timp? Nu  Da  Nu se cunoaște  Comă

Scor MMSE .....

Evaluare holistică

Data (zz/ll/aaa)

Grid for date entry: [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

PROBLEME, SIMPTOME ȘI SEMNE

Se va nota intensitatea semnelor și simptomelor pe o scala de la 1 la 10 sau scală verbală (ușoară, moderată, severă, neprecizată), după caz, minim la semnele și simptomele marcate cu \*

Status de performanță pe Scala ECOG sau

Scala PPS

Table with 5 columns (0-4) for ECOG scale

Table with 11 columns (100% to 0%) for PPS scale

Mobilizare:  activă  cu sprijin  pasivă

Fatigabilitate

1. Tegumente / Mucoase / Ţesut Celular Subcutanat

paloare .....  hipersudorație .....  escare (grad)





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferență!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

cianoză .....  erupții .....  limfedem/edem  
.....

icter.....  prurit\* .....  fistulă  
.....

tumori ulcerate .....  stome .....

## **2. Aparat Osteoarticular**

fracturi  amputații  altele

## **3. Respiratorii**

dispnee\* .....  tuse\* .....  sughit .....

pleurezie.....  hemoptizie .....  altele .....

## **4. Digestive**

inapetență\* .....  hipersalivație .....  diaree .....

disfagie\* .....  pirozis .....  hematemeză .....

xerostomie\* .....  greață\* .....  melenă .....

candidoză bucală .....  vărsături .....  rectoragie .....

disgeuzie .....  constipație .....  elemente patologice în scaun .....

halenă .....  absență tranzit pt gaze .....  ascită .....

## **5. Genito-urinare**

poliurie .....  hematurie .....  secreții vaginale/uretrale .....

polakiurie .....  glob vezical .....  metroragie .....

disurie .....  incontinență urinară .....  altele .....

oligo/anurie ..... Pacient purtător de  sondă urinară  pampers  condom

## **6. Sistem nervos**





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

- deficit motor.....  tulburări senzitive (partestezii, distezii).....  compresie medulară .....
- tulburări senzoriale.....  spasticitate/crampe musculare .....  convulsii .....
- mioclonii .....

### 7. Psihiatrice

- insomnie\* .....  anxietate .....  atac de panică .....
- depresie\* .....  agitație psiho-motorie.....  altele .....
- delir hipoactiv  delir mixt .....  delir hiperactiv

**Evaluare inițială**

**Reevaluare**

Data (zz/ll/aaa)

**DURERE:**

Da

Nu

**Localizare si iradiere**

Caracterul durerii (cum resimte pacientul durerea):

.....

.....

Mecanism probabil

Durere neuropată:

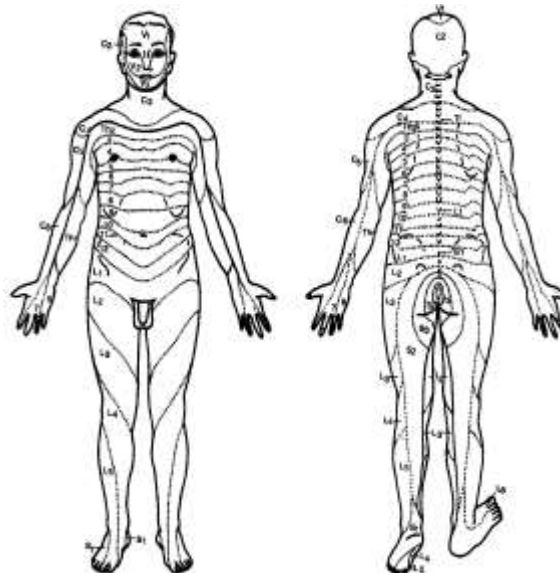
Prin compresie

Prin distrucție

Durere nociceptivă:

Viscerală

Somatică



**Intensitatea durerii (medie/24h, maxima)**

.....





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -



GUVERNUL ROMÂNIEI



Programul Operațional Capacitate Administrativă

Competența face diferența!



Instrumente Structurale 2014-2020

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

.....  
**Clasificarea temporală** (De când e durerea?)  
.....  
.....

**Ce produce / Ce agravează durerea?**  
.....  
.....

**Ce ameliorează?** (medicație: doza, frecvența administrării, eficiența, toxicitate)  
.....  
.....

**Ce consecințe are durerea?**

Interferează cu starea generală  Interferează cu abilitatea de a merge  Indispoziție

Limitează activitățile curente  Interferează cu relațiile cu alte persoane  Insomnie

Impiedică autoîngrijirea Altele .....

**Factori de durere greu tratabilă:**

Neuropată  Incidentă  Componentă non-fizică de durere

Pacient confuz  Nu există

**Diagnostic durere:**  
.....  
.....  
.....

*Exemplu : Durere cronică hemitorace stg posterior, mixtă, prin invazie tumorală a pereteleui toracic și leziuni nervi intercostali, intensitate medie, cu durere incidentă la tuse și mobilizare, suferință emoțională intensă.*





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

## EVALUARE PSIHO-EMOȚIONALĂ

**Evaluare inițială**

**Reevaluare**

Data (zz/ll/aaa)

### 1. Comunicarea cu pacientul:

a. Incapacitate fizică/psihică de comunicare cu pacientul .....

b. Conștientizarea stadiului actual al bolii de către pacient:

Pacientul cunoaște diagnosticul:

Pacientul cunoaște prognosticul:

Pacientul pediatric:

Înțelegere deplină

Înțelegere deplină

.....

Înțelegere parțială

Înțelegere parțială

.....

Pacientul nu înțelege

Pacientul nu înțelege

.....

Pacientul nu comunică

Pacientul nu comunică

.....

Pacientul dorește mai multe informații Da  Nu

### 2. Conștientizarea bolii de către familie:

a. Conștientizarea stadiului actual al bolii de către familie

.....  
.....

Înțelegere deplină

Înțelegere parțială

Nu înțelege

Pacientul nu comunică cu familia, nu știe care este înțelegerea familiei

b. Pacientul discută deschis despre problemele actuale de sănătate cu familia

Da

Nu

Precizați .....

.....





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

c. Există obstacole în comunicarea deschisă între pacient/familie și personalul medical

**3. Reacții emoționale la boală, la consecințele acesteia și opțiunile terapeutice**

**4. "Vă simțiți deprimat"?**

**5. Recomandare pentru asistență psihologică**

Pacient accept / refuz .....

Aparținători accept / refuz .....

**6. Colaborarea pacientului cu personalul de îngrijire :**

Pacientul este : Compliant la tratament/îngrijiri Da  Nu

Cooperant la îngrijiri Da  Nu

**7. Luarea deciziilor:**

a) Modul de implicare a pacientului/familiei în procesul decizional vizând managementul de caz:

Preferința pacientului pentru decizie autonomă participativă

Preferința pacientului pentru decizie paternalistă (personalul clinic decide și informează pacientul)

Preferința pacientului pentru delegarea deciziei către familie și personalul clinic

**EVALUAREA SPIRITUALĂ - RELIGIOASĂ**

**Pacientul:** Credincios  Confesiune, rit ..... Ateu

Practicant  Nepracticant

Credința este importantă: Da  Nu





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Srijin spiritual/religios din partea unei comunități .....

**Familia:** Confesiune:  Identică cu cea a pacientului

Diferită de cea a pacientului

In ce mod influențează confesiunea familiei asistența spirituală și religioasă acordate pacientului

.....

**1. Pacientul dorește asistență spirituală și religioasă din partea echipe** Da  Nu

.....

.....

**2. Pacientul se simte împăcat sufletește**

Da Ce îl susține/ajută pe pacient .....

.....

Nu Ce temeri are? (că boala se extinde, timpul e limitat, suferința nu poate fi tratată de medic, familia nu face față, internare în spital, nu sunt în ordine aspecte legate de moștenire, aspecte materiale, etc)

.....

.....

.....

### EVALUAREA RISCULUI DE DOLIU PENTRU APARTINĂTORI

Recomandare pentru asistență în perioada de doliu :

Numele persoanei: ..... Accept  Refuz

Locul preferat de îngrijire la sfârșitul vieții:

.....









UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN** -



**"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Nevoie de echipament (scaun cu roțile, cadru de mers, baston, cârjă, toaletă mobilă, etc.)

**OBSERVAȚII**

**ÎNTÂLNIRI CU PACIENTUL ȘI APARTINĂTORII vizând managementul cazului**

Data	Scopul	Rezumatul discuției/ Semnătura coordonatorului întâlnirii

**COORDONAREA ÎNGRIJIRII**

**Discutarea pacientului în întâlniri interdisciplinare**

Data	Problema/Scop	Concluzii/ Semnătura coordonatorului întâlnirii





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferență!



Instrumente Structurale  
2014-2020

### CONSULT CU ALTE DISCIPLINE (în afara instituției/secției)

Data	Problema / Scopul	Rezultatul consultului

### INVESTIGAȚII PARACLINICE:

.....

.....

### EPICRIZA:

.....

.....

### RECOMANDĂRI LA EXTERNARE / TRANSFER

**Tratament** .....

.....

**Rețetă** .....

(se vor specifica  
medicamentele  
prescrise) .....

.....

**Concediu  
medical** .....

**Altele recomandari  
(precizați)** .....





UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată**

**a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**

**Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Data: .....

Medic .....

Departament / Secție .....

Semnătura și parafa medicului .....





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## PLAN DE MANAGEMENT INTERDISCIPLINAR

*(la nevoie, completare prin Foaie repetitivă)*

Semnătura pacient/ apartinator

(specificat Nume, Prenume)

.....

.....

**COORDONATOR DE CAZ** .....

Data/	Probleme/ Nevoi	Obiectiv/ Interventii/ Responsabil(i) Interventii	Revizuire 1, 2, 3 / Data /Semnătura













UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

## FOAIE DE EVOLUȚIE ȘI INTERVENȚII ALE ECHIPEI INTERDISCIPLINARE

(la nevoie, completare prin Foaie repetitivă)

Data	Evoluție / Intervenție	Profesie/ Semnătura



MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII



AUTORITATEA NAȚIONALĂ  
DE MANAGEMENT AL  
CALITĂȚII ÎN SĂNĂȚATE

ANMCS



HOSPICE CASA SPERANȚEI  
PREȚUM FIECARE CLIPĂ DE VIAȚĂ



MINISTERUL MUNCII  
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE



Casa Națională  
de Asigurări de Sănătate

Proiect cofinanțat din Fondul Social European, prin  
Programului Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020

[www.poca.ro](http://www.poca.ro)



UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!Instrumente Structurale  
2014-2020

## Anexa 4. Bibliografie

Ahmedzai, S.H., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., Verhagen, S.C., 2004. A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer*, 40(15), pp. 2192-2200.

ANIP, 2014. *Asociația Națională de Îngrijiri Paliative (ANIP), Program Național Îngrijiri Paliative*. [Interactiv] Available at: [http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Propunere-Program-National-IP\\_31-dec-2013.pdf](http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Propunere-Program-National-IP_31-dec-2013.pdf) [Accesat 28 August 2015].

ANIP-HCS, 2016. *Catalogul serviciilor de Îngrijiri Paliative din România*. s.l., Asociația Națională de Îngrijiri Paliative în colaborare cu Hospice Casa Speranței.

ANIP-HCS, 2018. *Catalogul serviciilor de Îngrijiri Paliative din România*. 2014 ed. s.l.:Asociația Națională de Îngrijiri Paliative în colaborare cu Hospice Casa Speranței.

EAPC, 2019. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*. [Online] Available to download at: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787> [Accessed 27 mai 2020].

Bibby, Dr John, and Maureen McGeorge. "Quality Improvement: Theory and Practice," n.d., 57.

Boaden, Ruth, Gill Harvey, Claire Moxham, and Nathan Poudlove, eds. *Quality Improvement: Theory and Practice in Healthcare*. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008.

Boggust, M., 2017. Evaluarea nevoii de îngrijiri paliative în România. Available at: <http://ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/Palliative-Care-Needs-Assessment-RO.pdf>[Accesat 28 mai 2020]

Clark, D., 1998. Originating a Movement: Cicely Saunders and the Development of St. Christopher's Hospice. *Mortality*, 3(1), pp. 43-63.

Clark, D., Hockley, J., Ahmedzai, S, 1999. *New themes in palliative care*. Londra: Open University Press.

Clark, D., & Seymour, J., 1999. *Reflections on palliative care: Sociological and Policy Perspectives*. Londra: Open University Press.

Clark, D., Wright, M., 2003. *Transitions in End of Life Care: Hospice and Related Developments in Eastern Europe and Central Asia*. Buckingham: Open University Press.

CESCR, 2000. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment no.14. Twenty-second session*. [Online] Available at: <http://www.unhcr.ch/html/menu2/6/cescr.htm> [Accessed 8 Februarie 2015].

Clarke, Charlotte L., Jan Reed, David Wainwright, Siobhan McClelland, Veronica Swallow, Jane Harden, Graham Walton, and Anna Walsh. "The Discipline of Improvement: Something Old,





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!Instrumente Structurale  
2014-2020

a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Something New?" Journal of Nursing Management 12, no. 2 (March 2004): 85-96.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00463.x>.

Children-in-Distress, 2014. *Children in Distress Foundation*. [Online] Available at:  
<http://www.childrenindistress.org/whatwedo.php?pid=11&sid=219> [Accessed 2 martie 2014].

Consiliul-Europei, 2003. *Recomandarea Rec (2003) 24 a Comitetului de Miniștri ai statelor membre privind îngrijirea paliativă*. Brasov: Graphica Print.

CSMP, 2020. *Rapoarte anuale Centrul de Studii pentru Medicină Paliativă*. [Online] Available at:  
<http://www.studiipaliative.ro> [Accessed 5 mai 2020].

Donnelly, S., Walsh, D., 1995. The Symptoms of Advanced Cancer. *Semin Oncol*, Volume 22 suppl 3, pp. 67-72.

Davies E., Higginson, I.J., 2004. *The solid facts. Palliative Care*. Copenhaga: World Health Organisation.

Davies, E., Higginson, I.J., 2004. *The solid facts: Palliative care*. Geneva: World Health Organization.

Dy, Sydney Morss, Keela Herr, Rachelle E. Bernacki, Arif H. Kamal, Anne M. Walling, Mary Ersek, and Sally A. Norton. "Methodological Research Priorities in Palliative Care and Hospice Quality Measurement." *Journal of Pain and Symptom Management* 51, no. 2 (February 2016): 155-62.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.019>.

EAPC, 2007. *The Budapest Commitments*. [Online] Available at:  
<http://www.eapcnet.org/congresses/Budapest2007/Budapest2007Commitments.htm> [Accessed 8 Februarie 2015].

Ellershaw, J., Smith, C., Overill, S., Walker, S., Aldrige, J., 2001. Care of the Dying: Settings Standards for Symptom Control in the Last 48 Hours of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(1).

Emanuel, E.J., Fairclough, J., Slutsman, J., Alpert, H., Baldwin, D., & Emanuel, L.L., 1999. Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients. *The New England Journal of Medicine*, 341(13), pp. 956-963.

Evaluation: *What to Consider : Commonly Asked Questions about How to Approach Evaluation of Quality Improvement in Health Care : Quick Guide.*, 2015.

Francke, A.L., & Willems, D.L., 2000. *Palliative Care today and tomorrow. Facts, opinions and scenarios*. Maassen: Elsevier.

Field, M.J., & Cassel, C.K., 1997. Approaching death: *Improving care at the end of life*. In: Washington DC: Institute of Medicine & National Academy Press, pp. 268-269.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!Instrumente Structurale  
2014-2020

Gwyther, L., Brennan, F., Harding, R., 2009. Advancing Palliative Care as a Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), pp. 767-774.

Health Quality Ontario, *Quality Improvement Guide*, Queen's Printer for Ontario, 2012.

Health Quality Ontario, *Palliative Care Measurement Guide*, 2018.

Higginson, I.J., & Sen-Gupta, G.J.A, 2000. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 3(3), pp. 287-300.

HCS, 2014. *Studii Paliative*. [Online] Available at: <http://www.studiipaliative.ro/programul-national-de-ingrijiri-paliative/> [Accessed 2 martie 2014].

HCS, 2019. *Rapoarte anuale Hospice Casa Sperantei*. [Online] Available at: <http://www.hospice.ro> [Accessed 5 februarie 2020].

Improving Health Care and Palliative Care for Advanced and Serious Illness. *Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science: Evidence Report Executive Summary No. 208* (AHRQ Publication No. 12(13)-E014-1)

Janssen, F., Peeters, A., Mackenbach, J., Kunst A., 2005. Relation between trends in late middle age mortality and trends in old age mortality—is there evidence for mortality selection?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(9), pp. 775-781.

Jones, Bryan, Emma Vaux, and Anna Olsson-Brown. "How to Get Started in Quality Improvement." *BMJ*, January 17, 2019, k5408. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5437>.

Klinkenberg, M., 2004. *The last phase of life of older people: health, preferences and care. A proxy report study*, Amsterdam: Thesis Free University.

Langley, G, and San Francisco. "The Model For Improvement," n.d., 17.

Lugton, J., Kindlen, M., 1999. *Palliative Care. The Nursing role*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Lunney, J.R., Lynn, J., Foley, D.J., Lipson, S., Guarnik, J.M., 2003. Patterns of functional decline at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, 289(18), pp. 2387-2392.

Lynn, J., Adamson D.M., 2003. *Living well at the end of life: adopting health care to serious chronic illness in old age*. [Online] Available at: [www.medicaring.org/educate/download/wp137.pdf](http://www.medicaring.org/educate/download/wp137.pdf) [Accessed 1 Martie 2014].

Millar, R., *Framing quality improvement tools and techniques in healthcare: the case of Improvement Leaders' Guides*. *Journal of Health Organization & Management*, 2012

Moșoiu, D., 2015. *Studii Paliative-Obtinere Atestat*. [Online] Available at: <http://www.studiipaliative.ro/curs-pentru-obtinere-atestat-inscriere/> [Accessed 15 octombrie 2015].





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN -

"Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!Instrumente Structurale  
2014-2020

Mpanga-Sebuyira, L., Mwangi-Powell, F., Pereira, J., Spence, C., 2003. The Cape Town Palliative Care Declaration: home-grown solutions for sub-Saharan Africa. *Journal of Palliative Medicine*, Volume 6, pp. 341-343.

OMS, 2002. [www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en) [Interactiv] Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> [Accesat 01 03 2014].

OMS, 2010. *Definition of Palliative Care*. [Online] Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> [Accessed 1 December 2010].

OMS, 2014. *Organizatia Mondiala a Sanatatii*. [Online] Available at: [www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1823\\_8057\\_006\).htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1823_8057_006).htm) [Accessed 2 Martie 2014].

National Quality Forum. *A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality*. Washington, D.C.: National Quality Forum, 2006.

NHPCA, 2005. *The Korea Declaration. Report of the second global summit of National Hospice and Palliative Care Associations*. [Online] Available at: [http://www.eolc-observatory.net/global/pdf/NHPCA\\_2.pdf](http://www.eolc-observatory.net/global/pdf/NHPCA_2.pdf) [Accessed 8 2 2015].

Radbruch, L., de Lima, L., Lohmann, D., Gwyther, E., Payne, S., 2013. The Prague Charter: Urging Governments to Relieve Suffering and Ensure the Right to Palliative Care. *Palliative Medicine*, 27(2), pp. 101-102.

Reed, Julie E, Stuart Green, and Cathy Howe. "Translating Evidence in Complex Systems: A Comparative Review of Implementation and Improvement Frameworks." *International Journal for Quality in Health Care* 31, no. 3 (April 1, 2019): 173-82. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy158>.

Roy, D., 2000. The Times and Places of Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, Volume 16 suppl S3-S4.

Seale, C. & Cartwright, A., 1994. *The Year Before Death*. Avebury: Aldershot and Brookfield.

SNSPMS, 2006 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar [Online] Available at: [http://www.snsps.ro/UserFiles/File/ph\\_press/manual](http://www.snsps.ro/UserFiles/File/ph_press/manual) [Accessed 12 august 2020]

SNSPMPDS, 2015. Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar. [Online] Available at: <http://www.snsps.ro/index.php/ro/component/content/article/163> [Accessed 19 octombrie 2015].

"Statistical Process Control: Possible Uses to Monitor and Evaluate Patient-Centered Medical Home Models," n.d., 10.





UNIUNEA EUROPEANĂ

PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată



a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439



Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Șerban, I., 2013. *Considerații epidemiologice asupra infecției HIV-SIDA din România*. [Online] Available at: <http://www.art-emis.ro/stiinta/1520-infectia-hiv-sida-din-romania-consideratii-epidemiologice.html> [Accessed 2 martie 2014].

The Council for Six Sigma Certification, *Six Sigma - a complete step-by-step guide (a complete training & reference guide for white belts, yellow belts, green belts and black belts)*, 2018.

Visser, G., Klinkenberg, M., Broese van Groenou, M.I., Willems, D.L., Knipscheer, C.P., Deeg, D.J., 2004. The end of life: informal care for dying older people and its relationship to place of death.. *Palliative Medicine*, 18(5), pp. 468-477.

WPCA, 2014. *Worldwide Palliative Care Alliance-Global Atlas on Palliative Care at the End of Live*, fig. 37, p42. [Online] Available at: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> [Accessed 27 iulie 2015].

Ce este Lean Six Sigma? "GoLeanSixSigma. com. N. p. , n. d. Web. 18 aprilie 2017.

"Avantaje și dezavantaje ale Six Sigma. "Avantajele și dezavantajele Six Sigma | Cron.com. Cron. com, 23 aprilie 2012. Web. 18 aprilie 2017.

"Asociația Internațională pentru certificarea Six Sigma. "Asociația de certificare și acreditare Lean Six Sigma. N. p. , n. d. Web. 18 aprilie 2017.

\*\*\*<https://www.yumpu.com/ro/document/read/12858366/capitolul-1>

\*\*\*<https://www.creeaza.com/afaceri/turism/Studiul-privind-imbunatatirea-591.php>

\*\*\*<https://www.effectiveflux.com/curs/six-sigma-green-belt-dmaic/>

\*\*\*[http://www.tex.tuiasi.ro/biblioteca/carti/CURSURI/Sl.%20Dr.%20Ing.%20Rodica%20Harpa/Curs\\_Asig.%20Calit.%20in%20Fil.&Tes.%20-%20an%20IV/Curs-Asig%20Calit%20in%20Fil%20&%20Tes\\_CAP%20II.pdf](http://www.tex.tuiasi.ro/biblioteca/carti/CURSURI/Sl.%20Dr.%20Ing.%20Rodica%20Harpa/Curs_Asig.%20Calit.%20in%20Fil.&Tes.%20-%20an%20IV/Curs-Asig%20Calit%20in%20Fil%20&%20Tes_CAP%20II.pdf)

\*\*\*<https://www.scrigroup.com/management/TEHNICI-SI-INSTRUMENTE-ALE-MAN31374.php>

\*\*\*<https://www.todaysoftmag.ro/article/546/lean-six-sigma-si-managementul-inovatiei>

\*\*\*<http://www.leanblog.ro/wp/instrumente-lean/principii-lean/>





UNIUNEA EUROPEANĂ



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439**





UNIUNEA EUROPEANĂ



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată  
a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**  
Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439







UNIUNEA EUROPEANĂ

**PAL-PLAN - "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu"**



**POCA**

Programul Operațional Capacitate Administrativă  
Competența face diferența!



Instrumente Structurale  
2014-2020

Cod SIPOCA/SMIS: 733/129439

## Ministerul Sănătății

Strada Cristian Popișteanu, nr. 1-3, sector 1, cod 010024, București  
Telefon : 021 3072 500  
E-mail : relatii publice@ms.ro

### Competența face diferența!

Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

**Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu PAL-PLAN**

SIPOCA 733 / MySMIS 129439

Ministerul Sănătății  
decembrie 2020

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României

**Material distribuit gratuit**

