

**GHID PENTRU EVALUATORII DE SPITALE**  
**2017**

## **ACREDITAREA**

Accreditarea unităților sanitare – reprezintă procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora

- este un proces de evaluare externă și, principial, independentă, realizată de persoane special pregătite pentru aceasta – evaluatori.

- se focalizează pe trei dimensiuni: implementarea sistemului de management al calității, organizarea proceselor în vederea acordării serviciilor de sănătate și îmbunătățirea practicilor profesionale.

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

### **SCOPUL ACREDITĂRII:**

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

### **Beneficiile și avantajele acreditării pentru pacient**

- Creșterea satisfacției pacienților;
- Scăderea riscul infecțios pentru pacienți, aparținători, angajați, voluntari și elevi/ studenți/rezidenți;
- Scaderea riscul infecțios al mediului de îngrijire (lenjerie, alimente, cazare, ambient);

## **Beneficiile și avantajele acreditării pentru spital**

- Creșterea credibilității unității sanitare și încrederii în serviciile medicale oferite de către aceasta;
- Creșterea calității și siguranței activității medicale;
- Creșterea încrederii personalului din unitățile sanitare, contribuind la motivarea acestuia și la formarea culturii organizaționale;
- Creșterea predictibilității activităților unităților sanitare;
- Studiarea evenimentelor adverse ca un proces de învățare din erori;
- Creșterea eficacității și eficienței serviciilor medicale
- Creșterea satisfacția angajaților;
- Scaderea riscurilor pentru mediul extern.

## **EVALUATORUL DE SPITALE**

Evaluatorul de servicii de sănătate este persoana fizică, specializată în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, care a obținut, în condițiile legii, certificatul de absolvire a programului de formare și perfecționare pentru evaluatori de servicii de sănătate sau evaluatori de spitale, după caz.

### **Calitățile evaluatorului**

1. Observator
2. Cunoscător al legislației
3. Înțelege organizarea/desfășurarea proceselor în spital
4. Comunicator cu un interlocutor/grupuri de persoane
5. Organizator al timpului propriu
6. Capacitate de lucru în echipă
7. Capacitate de sinteză
8. Capacitate de analiză
9. Flexibil
10. Punctual

## **OBLIGAȚIILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE EVALUATORULUI**

- Să înțeleagă și să aplice standardele ANMCS în evaluarea obiectivă a spitalului;
- Să elaboreze rapoartele de evaluare și să le trimită coordonatorului evaluării în timpul alocat și în formatul cerut;
- Să promoveze noțiunea de acreditare și de calitate în îngrijirile de sănătate atât în cadrul organizației din care provine cât și la nivelul mai larg al comunității medicale;
- Să fie la curent cu ultimele informații din cadrul sistemului de îngrijiri de sănătate, din practica clinică, activitățile de îmbunătățire a calității, strategii manageriale, noile standarde și alte subiecte relevante pentru acest domeniu;
- Să înțeleagă și să sprijine misiunea ANMCS și obiectivele acesteia.
- Să evalueze performanța spitalului fără prejudecăți și folosindu-se de buna sa cunoaștere a standardelor precum și de experiența sa în domeniu;
- Să-și îmbunătățească continuu abilitățile și cunoștințele în managementul calității în sănătate;
- Să fie permanent la curent cu standardele, serviciile și politicile naționale în sănătate;
- Să participe la cursurile inițiate de ANMCS;
- Să cunoască, să respecte și să aplice „Codul de conduită”;
- Să păstreze confidențialitatea informațiilor la care are acces în desfășurarea activității de evaluare;
- Să respecte regulile spitalului atunci când se află în incinta acestuia și desfășoară activitatea de evaluare;
- Să seteze telefoanele mobile pe modul silențios în timpul ședințelor (de deschidere, zilnice de informare, de închidere) precum și pe timpul aplicării listelor de verificare, a chestionarelor și a interviurilor;
- Să utilizeze eficient timpul alocat evaluării;
- Să participe la toate activitățile comune ale comisiei de evaluare;
- Să prezinte doar acele opinii asupra cărora comisia de evaluare a ajuns la un consens; să nu dezaprobe în public ceilalți membri ai echipei de evaluare, în ședințele sau discuțiile cu reprezentanții unității sanitare evaluate.

## TEHNICI UTILIZATE DE EVALUATOR

Tehnicile de colectare a datelor utilizate în procesul de evaluare și acreditare sunt:

- analiza documentelor furnizate de către spital;
- observarea directă - constatarea la fața locului a respectării unor cerințe predefinite sau a modului de derulare a unei activități, fără ca aceasta să fie perturbată de către evaluatori;
- focus-grupul - tehnică de cercetare a calității, prin care membrii unui grup de persoane format din reprezentanți ai spitalului și membrii comisiei de evaluare, într-un timp limitat, își exprimă opiniile referitoare la subiectele în discuție;
- interviul - urmărește colectarea de date prin discuția directă cu interlocutorul, în timpul vizitei propriu-zise;
- simularea unor procese pentru identificarea riscurilor clinice.

Validarea datelor colectate constă în verificarea acestora de către comisia de evaluare, prin examinare, recalculare, comparație și punere de acord pentru confirmarea realității datelor colectate.

### Interviul

#### **Considerații generale:**

Maniera în care sunt adresate întrebările este esențială pentru colectarea informațiilor și dezvoltarea relațiilor productive.

Evaluatorul acordă atenție comunicării verbale, non-verbale și para-verbale (tonul etc.) când comunică un mesaj, dar și când recepționează răspunsul interlocutorului, toate aceste elemente contribuind la interpretarea corectă a informațiilor recepționate.

*Doar 7% din capacitatea de a comunica cu alții este dependentă de cuvintele folosite.*

Începeți interviul prin a-i explica intervievatului:

- de ce vă aflați acolo și de cât timp aveți nevoie;

- asigurați interviuatul de faptul că discuția este confidențială și nimic din ce va spune nu va fi folosit în nici o modalitate care să permită identificarea sa;
- explicați de ce doriți să discutați;
- cereți permisiunea de a nota, dacă intenționați asta;

Toate acestea se află înscrise în preambulul chestionarelor noastre.

### *Întrebări deschise-închise*

Întrebările închise - însemnând variante de răspuns prestabilite - sunt utile pentru a obține un răspuns direct la o întrebare specifică. Ele pot ajuta în situațiile în care trebuie să ajungi la subiect, când interviuatul evită să dea detalii specifice, când își pierde concentrarea sau evită un subiect. Întrebările închise sunt mai puțin utile în încurajarea dialogului, obținerea detaliilor sau explorarea unei direcții. Exemple de întrebări închise: „Aveți un plan de măsuri pt...?”

Întrebările deschise sau semi-deschise - însemnând lipsa variantelor de răspuns, respectiv la variante prestabilite de răspuns, există și „altele....enumerați vă rog etc” - oferă mai multe informații decât întrebările închise, încurajează dialogul și îi oferă posibilitatea interviuatului de a avea un scop să răspundă. Exemple de întrebări deschise:

Interviul este obligatoriu a se încheia cu mulțumiri pentru timpul acordat și pentru cooperare.

**Chestionarul auto-administrat** în care i se lasă subiectului un interval de timp pentru a completa singur răspunsurile sale. (în cazul nostru aproximativ o zi)

### **Observarea directă**

Observarea directă permite evaluatorului:

- să evalueze practicile spitalului pe durata prevăzută pentru fiecare obiectiv de observat, de exemplu: pregătirea sau administrarea hranei, curățenia, organizarea primirii pacienților etc.

- să evalueze elementele cum ar fi: intimitate și demnitate, confort, curățenie, securitate pentru oricine și oricând se află în spital.
- să evalueze elementele mediului fizic: echipamente și stocuri, siguranța, depozitării acestora etc.

*Este important să se respecte intimitatea pacienților atunci când se observă practicile ce implică îngrijirea acestora.*

## **INSTRUMENTE UTILIZATE DE EVALUATOR:**

Principalele instrumente utilizate pentru acreditarea spitalelor sunt:

- fișa de identificare a spitalului - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informații despre datele de identificare și structura organizatorică și funcțională;
- lista documentelor obligatorii solicitate - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existență și conformitate reprezintă o condiție obligatorie pentru începerea etapei de evaluare;
- lista documentelor suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existență este necesară pentru inițierea vizitei de evaluare;
- fișa de autoevaluare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informații despre nivelul de îndeplinire a cerințelor standardelor de acreditare în etape succesive ale procesului de evaluare și acreditare;
- plan de conformare în vederea evaluării - document trimis de către A.N.M.C.S. spitalului aflat în procedura de acreditare, prin care se comunică acestuia neconformitățile constatate, care nu permit începerea vizitei de evaluare;
- programul vizitei de evaluare - document care cuprinde etapele orare și obiectivele de evaluat;
- minuta de ședință - document care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentanții spitalului evaluat;
- lista de verificare - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., utilizat în vederea colectării datelor;

- lista documentelor solicitate în timpul evaluării propriu-zise - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., care cuprinde documentele suplimentare solicitate reprezentanților spitalului de către evaluatori în timpul procesului de evaluare;
- chestionarul - instrument elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., aplicat la nivel individual numai după obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garantării confidențialității și anonimatului;
- fișa de identificare și evidențiere a disfuncționalităților - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, stări de fapt care perturbă desfășurarea acesteia;
- fișa de constatare a situațiilor deosebite - act unilateral întocmit de către comisia de evaluare, care menționează stări de fapt care împiedică desfășurarea vizitei de evaluare sau care pun în pericol siguranța pacientului sau a angajaților spitalului, transmis președintelui A.N.M.C.S., și care poate atrage întreruperea vizitei de evaluare;
- proiectul raportului de evaluare - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului în vederea formulării eventualelor obiecțiuni;
- raportul de evaluare - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului după analiza și soluționarea eventualelor obiecțiuni;

## **Întocmirea orarului vizitei și stabilirea interlocutorilor cu care vor fi aplicate listele – reguli generale**

**Orarul vizitei se stabilește luând în considerare următoarele:**

### 1. Reguli generale:

1.1. Evaluatorul consultă ASF Anexe și documentele spitalului pentru stabilirea sectoarelor de activitate ce urmează a fi evaluate;

1.2. Se stabilește timpul necesar evaluării fiecărui sector (pe baza timpului maxim recomandat pentru completarea instrumentelor de colectare a datelor);

1.3. Se validează informațiile obținute din parcurgerea pașilor redați anterior (pct. 1.1. – 1.2.) prin compararea acestora cu Fișa de Calcul a Duratei Vizitei de Evaluare (FCDVE) elaborată de UEAA;

1.4. Se stabilește programului zilnic, pe ore, pentru fiecare evaluator, de comun acord cu (toți membrii echipei), ținându-se cont de:

- a. timpul maxim de aplicare a fiecărui instrument de colectare a datelor;
- b. timpul necesar deplasării evaluatorilor în locațiile exterioare (dacă este cazul);
- c. profesia și/sau competențele fiecărui evaluator;
- d. timpul suplimentar necesar secretarului, pentru îndeplinirea atribuțiilor specifice;
- e. timpul suplimentar necesar evaluatorului coordonator pentru analizarea situațiilor speciale ce pot apărea în timpul vizitei de evaluare în vederea acreditării, pentru verificarea asumării sub semnătură, a tuturor instrumentelor de lucru aplicate de evaluatori, și pentru consilierea membrilor CE în privința semnificației sau rolului anumitor indicatori, în sensul evaluării unor situații sau aprecierii unei circumstanțe deosebite;
- f. specificul fiecărui sector evaluat, fiind recomandat ca:
  - A.T.I. și blocul operator/sala de operații/de nașteri să fie evaluate în a doua parte a zilei, pentru a evita în acest fel întreruperea activității spitalului,
  - blocul alimentar să fie evaluat doar în intervalul orar în care spitalul nu pregătește servirea mesei pacienților,
  - serviciul Radiologie și medicină nucleară să fie evaluat în prima parte a zilei, ținând cont de programul de lucru redus al acestuia,
  - ambulatoriul integrat al spitalului să fie evaluat în prima parte a zilei, atunci când acesta oferă servicii pacienților, astfel încât informațiile colectate să fie relevante,
  - interviurile și chestionarele să fie aplicate pacienților în a doua parte a zilei,
  - observarea directă pe secție/compartiment să fie realizată anterior dialogului cu asistenta sefă a secției respective, astfel încât evaluatorul să identifice deja aspecte negative/pozitive;

- UPU/CPU/camera de gardă (atât dialogul purtat cu interlocutorul, cât și observarea directă) să fie evaluate, de preferat, în a doua parte a zilei;
- în a doua parte a zilei să fie evaluate, de preferat, sectoarele de activitate pentru care parcurgerea listelor de verificare necesită un timp îndelungat, astfel încât să fie nevoie de un număr mai mic de interlocutori obligați să își prelungească programul (administrativ, RUNOS, financiar-contabilitate, arhiva, statistică/DRG, S.S.C.I.N.);
- dialogurile cu șefii de secții să fie purtate în prima parte a zilei, primii fiind cei din secțiile medicale și ulterior cei din cele chirurgicale);

1.5. Spitalizarea de zi este asimilată unei secții de spitalizare continuă în vederea aplicării Listelor de verificare.

1.6. Listele de observare directă și listele de interviu pe compartimente și tipuri de activități se aplică de către același evaluator. Aplicarea listelor de observare directă precede aplicarea listelor de interviu.

Repartizarea instrumentelor de colectare a datelor pe fiecare evaluator se face astfel încât ”încărcătura” de muncă a fiecăruia dintre aceștia să fie egală.

În orar se regăsesc toate întâlnirile determinate de completarea listelor de verificare, inclusiv activitățile de observare directă, aplicarea chestionarului ANMCS de satisfacție a pacientului, a interviului cu pacienții în vederea reconstituirii traseului general al acestora.

La elaborarea Programului se are în vedere (dacă este necesar) și o pauză de 10 – 15 minute, necesară deplasării între 2 locații.

În program sunt prevăzute:

- a. ședința de deschidere - la începutul primei zi de vizită (60 min);
- b. ședințele de informare zilnică – la începutul fiecărei zi de vizită, cu excepția primei zile când are loc ședința de deschidere (30 min);
- c. ședința de informare finală (închidere) – la terminarea vizitei de evaluare (60 min);
- d. întâlnirile de seară ale membrilor comisiei.

## 2. Reguli specifice

Listele de verificare se completează după cum urmează:

### **Previzita**

o singură dată, următoarele liste:

- 2.1. Lista de verificare nr. 1. Autorizări și certificări ale calității;
- 2.2. Lista de verificare nr. 2. Planul strategic și planul de management al spitalului;
- 2.3. Lista de verificare nr. 3. Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/ROI) ;
- 2.4. Lista de verificare nr. 4. Pagina de internet a spitalului.

### **Vizita**

următoarele liste:

- 2.5.** Lista de verificare nr. 5. Managementul strategic (manager) se completează o singură dată la nivelul spitalului, având ca interlocutor managerul spitalului;
- 2.6.** Lista de verificare nr. 6. Comunicarea organizațională externă se completează o singură dată la nivelul spitalului, are ca interlocutor coordonatorul departamentului de comunicare sau dacă nu există acesta, interlocutorul este managerul
- 2.7. Lista de verificare nr. 7. Managementul activităților de învățământ și cercetare se completează o singură dată la nivelul spitalelor clinice sau institutelor clinice, are ca interlocutor directorul de cercetare-dezvoltare;
- 2.8. Lista de verificare nr. 8. Managementul organizației (atribuțiile comitetului director) se completează o singură dată având ca interlocutor întregul comitet director;
- 2.9. Lista de verificare nr. 9. Managementul medical la nivel de spital (atribuțiile directorului medical) se completează o singură dată și are ca interlocutor directorul medical;
- 2.10. Lista de verificare nr. 10. Managementul îngrijirilor medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului de îngrijiri/as. șef spital) se completează o singură dată și are ca interlocutor directorul de îngrijiri/ asistent șef al

spitalului, iar daca **spitalul nu are director de îngrijiri/ asistent șef al spitalului, lista se aplică cu directorul medical. Dacă serviciul de bucătărie și/sau spălătorie este externalizat, întrebările referitoare la serviciul de bucătărie și/sau spălătorie se aplică prevederilor contractuale ale spitalului cu furnizorul de servicii, având același interlocutor ca cel precizat mai sus;**

2.11. Lista de verificare nr. 11. Managementul calității (atribuțiile SMC) se completează o singură dată având ca interlocutor RMC-ul;

2.12. Lista de verificare nr. 12. Suport decizional medical (atribuțiile consiliului medical) se completează o singură dată are ca interlocutor principal directorul medical și ca invitați membrii consiliului medical;

2.13. Lista de verificare nr. 13. Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile SPLIAAM/CPLIAAM) se completează o singură dată și se aplică cu responsabilul SPLIAAM/CPLIAAM;

2.14. Lista de verificare nr. 14. Managementul financiar-contabil se completează o singură dată și se aplică cu directorul financiar-contabil

2.15. Lista de verificare nr. 15. Managementul achizițiilor se completează o singură dată și se aplică cu șeful serviciului achiziții;

2.16. Lista de verificare nr. 16. Managementul administrativ (administrare-gospodărire spital) se completează o singură dată și se aplică cu șeful serviciului administrativ;

2.17. Lista de verificare nr. 17. Observare directă – curte/căi de acces se aplică o singură dată pe locație, precede lista 16 și este aplicată de același evaluator care aplică lista 16;

2.18. Lista de verificare nr. 18. Observare directă – interiorul spitalului/spații comune se aplică în fiecare corp de clădire (pavilion);

2.19. Lista de verificare nr. 19. Observare directă – bucătărie, se aplică numai în locațiile unde există bucătărie;

2.20. Lista de verificare nr. 20. Observare directă – spălătorie, se aplică numai în locațiile unde există spălătorie;

2.21. Lista de verificare nr. 21. Managementul resurselor umane, se completează o singură dată și se aplică cu șeful resurselor umane; dacă serviciul este externalizat se aplică cu managerul sau responsabilul de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);

2.22. Lista de verificare nr. 22. Suport juridic se completează o singură dată și se aplică cu șeful serviciului juridic; dacă serviciul este externalizat se aplică cu managerul sau responsabilul de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);

- 2.23. Lista de verificare nr. 23. Managementul informațiilor (a datelor statistice și suportul IT) se completează o singură dată și se aplică cu responsabilul IT și cu șeful serviciului statistică;
- 2.24. Lista de verificare nr. 24. Managementul arhivei se completează o singură dată în locațiile unde este depozitată arhiva; dacă serviciul este externalizat se aplică o singură dată cu șeful serviciului administrativ sau responsabilul de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);
- 2.25. Lista de verificare nr. 25. Managementul urgențelor medico-chirurgicale în UPU/CPU se aplică în fiecare locație unde există UPU/CPU cu medicul șef UPU/CPU;
- 2.26. Lista de verificare nr. 26. Observare directă – UPU/CPU se aplică în fiecare locație unde există UPU/CPU de același evaluator care completează Lista nr. 25 și aplicarea ei precede aplicarea Listei nr. 25;
- 2.27. Lista de verificare nr. 27. Managementul urgențelor medico-chirurgicale în Camera de gardă se aplică în toate locațiile unde există UPU/CPU cu directorul medical sau orice persoana delegată de acesta în toate locațiile unde există Camera de gardă și pentru toate Camerele de gardă existente și cuprinse în ASF;
- 2.28. Lista de verificare nr. 28. Observare directă – Camera de gardă se aplică în toate locațiile și pentru toate Camerele de gardă, de același evaluator care aplică Lista nr. 27 și aplicarea ei precede aplicarea Listei nr. 27;
- 2.29. Lista de verificare nr. 29. Managementul medical la nivel de secție are ca interlocutor șeful secției/coordonator și invitați membrii echipei de medici de la nivelul secției/compartimentului. Se aplică ca **trunchi comun** pentru orice tip de secție/compartiment cu paturi de spitalizare continuă de sine stătător (**inclusiv ATI**) sau spitalizare de zi;
- 2.30. Lista de verificare nr. 30. Observare directă – mediul de îngrijire la nivelul secției precede lista de verificare nr. 31 și este aplicată de același evaluator care aplică lista de verificare nr. 31;
- 2.31. Lista de verificare nr. 31. Managementul îngrijirilor medicale la nivel de secție are ca interlocutor asistenta șefă și invitați membrii echipei de îngrijiri de la nivelul secției/compartimentului pentru activitatea de îngrijiri desfășurată la nivelul **oricărei** secții/ compartiment, spitalizare de zi sau **ATI**;
- 2.32. Lista de verificare nr. 32. Managementul ATI se aplică șefului de secție ATI, este listă **adițională** Listei de verificare nr. 29 in evaluarea secției/compartimentului de **sine stătător**, fiind aplicate de același evaluator. În cazul compartimentelor de **ATI din cadrul altor secții**, Lista de

verificare nr. 32 se aplică **fără Lista de verificare nr. 29** coordonatorului de compartiment ATI, de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de ATI;

2.33. Lista de verificare nr. 33. Observare directă – ATI mediul de îngrijire la nivelul secției/compartimentului ATI precede lista de verificare nr. 31 de la nivelul ATI și este aplicată de același evaluator care aplică lista de verificare nr. 31 în secția/compartimentul de ATI. Pentru compartimentele de TI/TIC componente ale secțiilor de neurologie, neonatologie, cardiologie etc. Lista de verificare nr. 33 se aplica pentru acel compartiment de evaluator care completează Lista de verificare nr. 31 în secția a carei componentă este TI/TIC;

2.34. Lista de verificare nr. 34. Managementul sângelui și al produselor sanguine are ca interlocutori coordonatorul UTS și președintele comisiei de hemovigilență. Se aplică pentru toate spitalele care au în structură UTS și spitalelor care nu au UTS, dar au specialități chirurgicale în spitalizare continuă (cu excepția celor monoprofil de oftalmologie), precum și celor cu hematologie clinică, structuri de acuzi în medicină internă, pediatrie, cardiovascular, gastro-enterologie, pneumoftiziologie, oncologie medicală, radioterapie;

2.35. Lista de verificare nr. 35. Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei este listă **adițională** pentru secțiile/compartimentele de obstetrică sau obstetrică-ginecologie, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pe acea secție. Pentru compartimentele de obstetrică sau obstetrică-ginecologie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de obstetrică/ obstetrică-ginecologie;

2.36. Lista de verificare nr. 36. Managementul asistenței medicale a nou-născutului / prematurului este listă **adițională** aplicată pentru secțiile/compartimentele de neonatologie/prematuri pe secțiile/ compartimentele de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pe acea secție. Pentru compartimentele de neonatologie/prematuri, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de neonatologie/prematurului;

2.37. Lista de verificare nr. 37. Managementul asistenței medicale pediatrice este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de pediatrie pe

secțiile/compartimentele de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pe acea secție. Pentru compartimentele de pediatrie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de pediatrie;

2.38. Lista de verificare nr. 38. Managementul asistenței medicale a pacientului psihiatric adult este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de pediatrie pe secțiile/compartimentele de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de pediatrie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de pediatrie;

2.39. Lista de verificare nr. 39. Managementul asistenței medicale a pacientului cu boala cronică renală este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de nefrologie pe secțiile/compartimentele de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de nefrologie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de nefrologie;

2.40. Lista de verificare nr. 40. Managementul asistenței medicale a pacientului dializat este aplicată serviciilor de dializă în fiecare unitate de dializă;

2.41. Lista de verificare nr. 41. Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de oncologie, radioterapie, chirurgie oncologică pe secțiile/compartimentele de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de oncologie, radioterapie, chirurgie oncologică, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de oncologie, radioterapie, chirurgie oncologică;

2.42. Lista de verificare nr. 42. Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic în radioterapie este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de radioterapie, pe secțiile/compartimentele de sine

stătuătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de radioterapie care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de radioterapie.

2.43. Lista de verificare nr. 43. Managementul terapiei în medicina nucleară este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de medicina nucleară pe secțiile/compartimentele de sine stătuătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de medicina nucleară, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de medicina nucleară.

2.44. Lista de verificare nr. 44. Managementul paliativei este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de paliative pe secțiile/ compartimentele de sine stătuătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de paliative, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de paliative;

2.45. Lista de verificare nr. 45. Managementul prelevării de celule/țesuturi/organe este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele în care se realizează prelevare de celule/țesuturi/organe, în spitalele autorizate să efectueze prelevare de celule/țesuturi/organe, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție.

2.46. Lista de verificare nr. 46. Managementul transplantului de celule/țesuturi/organe este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de transplant de celule/țesuturi/organe pe secțiile/compartimentele de sine stătuătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 29**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 29 pentru acea secție. Pentru compartimentele de transplant de celule/țesuturi/organe, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 29 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/ compartimentul din care face parte compartimentul de transplant de celule/țesuturi/organe;

- 2.47. Lista de verificare nr. 47. Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN) /unității operatorii independente(UOI) /sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN) se aplică tuturor blocurilor operatorii (BO)/blocurilor de nașteri (BN)/unităților operatorii independente(UOI)/sălilor de operații (SO)/sălilor de nașteri(SN), are ca interlocutor coordonatorul BO/BN/UOI/SO/SN;
- 2.48. Lista de verificare nr. 48. Observare directă – BO/Sală nașteri se aplică tuturor blocurilor operatorii (BO)/blocurilor de nașteri (BN)/unităților operatorii independente(UOI)/sălilor de operații (SO)/sălilor de nașteri(SN);
- 2.49. Lista de verificare nr. 49. Managementul sterilizării se aplică tuturor unităților de sterilizare/stațiilor de sterilizare/punctelor de sterilizare declarate de spital, are ca interlocutor coordonatorul unității de sterilizare;
- 2.50. Lista de verificare nr. 50. Managementul bazei de radioterapie se aplică tuturor bazelor de tratament de radioterapie declarate de spital și are ca interlocutor coordonatorul bazei de radioterapie;
- 2.51. Lista de verificare nr. 51. Observare directă – Bază radioterapie se aplică tuturor bazelor de tratament de radioterapie;
- 2.52. Lista de verificare nr. 52. Managementul bazei de tratament de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie se aplică tuturor bazelor de tratament de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie, are ca interlocutor coordonatorul bazei de tratament;
- 2.53. Lista de verificare nr. 53. Observare directă – Bază tratament BFT se aplică tuturor bazelor de tratament de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie sau unităților de BFT;
- 2.54. Lista de verificare nr. 54. Managementul asistenței medicale paraclinice se aplică ca **trunchi comun** pentru orice tip laborator de sine stătător sau fiecărui contract distinct de servicii paraclinice al spitalului și are ca interlocutor șeful laboratorului, iar pentru activitatea externalizată directorul medical sau persoana responsabilă de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);
- 2.55. Lista de verificare nr. 55. Managementul laboratorului clinic este listă **adițională** aplicată laboratorului clinic sau oricărui compartiment independent din laboratorul clinic împreună cu Lista de verificare nr. 54., de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 54. Pentru punctele de laborator se aplică numai Lista de verificare nr. 55. Managementul laboratorului clinic;
- 2.56. Lista de verificare nr. 56. Managementul laboratorului de anatomie patologică este listă **adițională** aplicată laboratorului de anatomie patologică sau oricărui compartiment independent de laborator de anatomie patologică împreună cu Lista de verificare nr. 54., de același evaluator care aplică Lista

- de verificare nr. 54. Pentru punctele de laborator se aplică numai Lista de verificare nr. 56. Managementul laboratorului de anatomie patologică;
- 2.57. Lista de verificare nr. 57. Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară este listă **adițională** aplicată laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară sau oricărui compartiment independent din laboratorul de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară împreună cu Lista de verificare nr. 54., de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 54. Pentru punctele de laborator se aplică numai Lista de verificare nr. 57;
- 2.58. Lista de verificare nr. 58. Managementul laboratorului de endoscopie diagnostică și intervențională este listă **adițională** aplicată laboratorului endoscopie diagnostică și intervențională. Pentru cabinetele/unitățile de laborator se aplică în cabinetele/unitățile de laborator de endoscopie diagnostică și intervențională numai Lista de verificare nr. 58;
- 2.59. Lista de verificare nr. 59. Managementul farmaciei se aplică tuturor farmaciilor cu circuit închis autorizate;
- 2.60. Lista de verificare nr. 60. Managementul medicației și a materialelor sanitare se aplica în punctele de farmacie sau spitalelor cu serviciul externalizat, pentru acestea din urmă având ca interlocutor directorul medical;
- 2.61. Lista de verificare nr. 61. Managementul medicației oncologice listă **adițională** aplicată în locațiile unde există secție/compartiment de oncologie/radioterapie/ hematologie clinică, având ca interlocutor farmacistul șef dacă spitalul declară că prepararea citostaticelor se efectuează în farmacie, lista însoțind Lista de verificare nr. 59 și este aplicată de același evaluator. Dacă spitalul declară prepararea citostaticelor pe secții, aceasta însoțește Lista de verificare nr. 29, având ca interlocutor medicul șef de secție, aplicarea listei se realizează pe fiecare secție unde se prepară citostatice, de către evaluatorul care desfășoară interviul pe acea secție;
- 2.62. Lista de verificare nr. 62. Managementul ambulatoriului se aplică o dată spitalului pentru ambulatoriul integrat, având ca interlocutor directorul medical sau pentru ambulatoriul de sine-stătător, având ca interlocutor coordonatorul ambulatoriului;
- 2.63. Lista de verificare nr. 63. Observare directă – Ambulatoriu se aplică în toate locațiile unde există cabinete de ambulatoriu;
- 2.64. Lista de verificare nr. 68. Interviu reprezentant al angajaților/sindicat se completează o singură dată în timpul vizitei;

2.65. Lista de verificare nr. 69. Evaluare protocoale și proceduri se completează o singură dată prin centralizarea datelor culese în timpul previzitei și validate în vizită;

### **Postvizita**

Se aplică următoarele liste:

2.66. Lista de verificare nr. 64. – Traseul pacientului, se completează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei. Aplicarea traseului pacientului în vizită are două componente, prima de interviu al pacientului, cu o durată de 10 min., urmată de parcurgerea traseului declarat de pacient, cu o durată de 20 min. Se solicită copie după FO și se urmărește pe traseu și concordanța între elementele obținute în urma interviului, consemnările din FO și alte documente medicale;

2.67. Lista de verificare nr. 65. Simularea urgenței în spital – se completează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul simulărilor efectuate în fiecare locație a spitalului

2.68. Lista de verificare nr. 66. Interviul pacientului(formular ANMCS prin aplicare chestionarului) se completează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei;

2.69. Lista de verificare nr. 67. Interviul angajatului (formular ANMCS prin aplicarea chestionarului) se completează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei;

2.70. Lista de verificare nr. 70. FO/documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - se completează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei.

## **Utilizarea instrumentelor de lucru**

### **A. LISTE DE VERIFICARE**

1. Listele de verificare nr. 1, 2, 3, 4 se completează în pre-vizită, utilizând materialele furnizate de spital și, la nevoie, solicitând spitalului, documente suplimentare (DS). În perioada de pre-vizită, evaluatorul are corespondență cu spitalul pentru a solicita documente suplimentare, detalii sau lămuriri. Corespondența cu spitalul se desfășoară prin intermediul evaluatorului

coordonator, se înregistrează în registrul de evaluare, se anexează în copie acestuia și se depune la **ANMCS împreună cu dosarul de evaluare**, în cazul în care nu este utilizată aplicația CaPeSaRo.

2. Fiecare evaluator trebuie să-și facă înainte de fiecare zi de evaluare un plan de validare a datelor în vederea încadrării în timpul maxim alocat pentru fiecare listă de verificare.
3. Indicatorii numerici se solicită în previzită sau la începutul vizitei. Modalitatea de colectare și determinare a indicatorilor numerici, realitatea informațiilor exprimate prin aceștia se validează în vizită.
4. Datele statistice se solicită la începutul vizitei.
5. Fiecare listă de verificare trebuie să fie semnată cu numele și prenumele în clar.
6. Listele de verificare se completează cu pixul pe suport de hârtie precum și în format electronic.
7. Documentele solicitate de evaluator se completează pe lista de verificare cu „d.s”. pentru toate documentele pe care le-a solicitat în copie conformă cu originalul. Pentru documentele primite în timpul interviului se consemnează „d.s.primit”, iar pentru cele care se predau până la sfârșitul zilei, cel mai târziu a doua zi dimineată, rămâne consemnat „d.s.”.
8. La terminarea aplicării listei de verificare, aceasta este semnată pe fiecare pagină de evaluator și de interlocutorul acestuia și o copie a listei completate este predată interlocutorului.
9. Documentele solicitate se predau pe bază de opis de către spital și se înregistrează la registratura spitalului și în registrul comisiei de evaluare
10. Lista documentelor solicitate centralizatoare se completează de către secretarul comisiei de evaluare și cuprinde toate documentele solicitate de evaluatori.
11. Evaluatorii care aplică listele de verificare nr. **29 și 31** vor discuta cu toți șefii de secție/compartiment de sine stătător sau spitalizare de zi, respectiv cu toți asistenții șefi de secție/compartiment de sine stătător sau spitalizare de zi.
12. Dacă spitalizarea de zi cuprinde paturi în care se desfășoară activitate medicală cuprinsă în listele de verificare nr. **35, 37-42, 44**, aceste liste se adaugă listei de verificare nr.29.

- 13. Rubrica de observații** din cadrul listelor de verificare se completează de mână, cu litere de tipar. Listele de verificare cuprind și enunțul cerinței din care face parte indicatorul. Dacă spitalul a utilizat o altă modalitate de îndeplinire a cerinței, aceasta va fi consemnată în dreptul cerinței, la rubrica observații, cu precizarea indicatorilor alternativi utilizați de spital, numai dacă aceștia au respectat condițiile „SMART”.
- 14.** Pentru indicatorii care se aplică la prevederi contractuale (exemplu – activități externalizate), întrebarea se adresează utilizând cerința corespunzătoare indicatorului.
- 15. Consemnează existența cabinetelor de explorări funcționale/ endoscopii diagnostice sau terapeutice și poate propune suplimentarea activității de evaluare corespunzător timpului suplimentar necesar evaluării acestor compartimente, cu modificarea orarului vizitei, cu acordul spitalului și informând ANMCS.**
- 16.** Pe listele de verificare este trecut timpul **maxim** necesar completării lor.
- 17.** Se recomandă ca evaluatorul să nu se reia activitatea de evaluare a unei secții sau a unui compartiment (principiul „drum fără întoarcere”).
- 18.** „PAS de 4” pentru verificare: la 4 indicatori ce pot fi verificabili prin documente, se solicită prezentarea documentului justificativ. În cazul în care documentul justificativ nu poate fi prezentat se trece la „PAS de 3”, șamd.
- 19.** Indicatorii care „**NU SE APLICĂ**” sunt indicatorii care se referă la activități care nu se regăsesc în specificul sectorului evaluat.  
**În cazul în care se bifează coloana NU SE APLICĂ, la coloana OBSERVAȚII se va justifica temeinic motivul. În caz contrar indicatorul va fi considerat NECONFORM !**
- 20.Indicatorii referitori la pacientul agresiv sau pacientul de paliative NU au varianta NU SE APLICĂ în lista de verificare nr. 29(pentru pacientul de paliative face excepție secția de neonatologie).**
- 21.**Lista de verificare nr. 69. Evaluare protocoale și proceduri.  
În pre-vizită se selectează din Lista procedurilor și protocoalelor prezentată de spital în DOS de către fiecare evaluator câte 2-3 protocoale/proceduri aferente fiecărui sector evaluat, care sunt studiate și pentru care solicită DS. În pre-vizită sunt evaluate formalizarea, difuzarea, instruirea personalului precum și monitorizarea nivelului de implementare a protocolului/procedurii

de către SMC, conform planului anual precum și planul de îmbunătățire a nivelului de implementare, dacă acesta a fost întocmit.

În timpul vizitei sunt evaluate:

- a. implementarea la nivelul sectorului de aplicare a protocolului/procedurii;
- b. existența riscului identificat și cuprins în registrul riscurilor pentru care a fost necesară elaborarea protocolului/procedurii;
- c. existența evaluării riscului rezidual obținut comparativ cu cel estimat;
- d. utilizarea și evaluarea periodică a indicatorilor ce măsoară rezultatul obținut prin aplicarea protocolului/procedurii;
- e. evaluarea periodică a eficacității și eficienței utilizării protocolului/procedurii cu posibile revizii sau reeditări ale acestora.

Dacă se constată neconformități ale elementelor precizate, evaluatorul poate extinde modalitatea de verificare la mai multe protocoale/proceduri. În situația în care neconformități sunt constatate și la celelalte protocoale/proceduri, toți indicatorii aferenți evaluării protocoalelor/procedurilor devin neconformi.

- 22.** Listele de verificare nr. 64, 65, 66, 67, 70 se completează în post-vizită, nu sunt cuprinse în proiectul raportului de evaluare, dar fac parte din raportul de evaluare.
- 23.** Lista de verificare 69 Evaluare protocoale și proceduri se completează în vizită și se finalizează în postvizită, nu face parte din proiectul raportului de evaluare dar este parte componentă a raportului de evaluare.
- 24.** Toate listele de verificare de observare directă nu fac parte din proiectul raportului de evaluare, ele sunt parte componentă a raportului de evaluare.
- 25.** Modalitatea de centralizare a listelor de verificare, astfel:
  - centralizarea listelor care pe parcursul vizitei de evaluare, în vederea acreditării, au fost aplicate de mai multe ori de către evaluatori, acestea se vor centraliza într-un singur "Sheet", denumit în continuare "foaie" și se va redenumi "centralizat". Astfel, în format electronic se vor regăsi toate listele de verificare aplicate de către evaluator în vizita de evaluare + L centralizat);
  - centralizarea indicatorilor calitativi din listele care se repetă se face astfel:
    - DA + NU = NU;

- DA + Nu se aplică = DA;
- NU + Nu se aplică = NU;
- Nu se aplică + Nu se aplică = Nu se aplică.

- Centralizarea indicatorilor cantitativi din listele care se repetă se face prin notarea în lista de verificare centralizatoare, la rubrica ”observații” aferentă indicatorului a tuturor valorilor regăsite în fiecare listă componentă a centralizatoarei;

- Centralizarea observațiilor atribuite unui indicator se face prin notarea în lista de verificare centralizatoare, la rubrica ”observații” aferentă indicatorului a tuturor observațiilor regăsite în fiecare listă componentă a centralizatoarei.

Când nu este specificată perioada de colectare a datelor, se vor lua în considerare **ultimul an calendaristic încheiat**.

În cazul în care întrebarea nu este aplicabilă pentru specificul spitalului, se scrie **NA** (nu se aplică).

## **B. CHESTIONARE/INTERVIU**

1. Este recomandat ca administrarea chestionarului ANMCS pentru pacienți și interviul pentru „traseul pacientului” să fie efectuate în a 2-a parte a zilei spre finalul vizitei.

2. Selecționarea respondenților din rândul pacienților se va face luând în considerare durata de spitalizare a acestora astfel: se vor selecționa acei pacienți care sunt spitalizați de **minimum 3 zile – maxim 7 zile, pentru pacienții internați în spitalizare continuă. Excepție de la această regulă sunt chestionarele aplicate în spitalizarea de zi**. Chestionarele **NU** se aplică din ATI/TI/TIC și în UPU/CPU. În secțiile de neonatologie chestionarul se aplică mamei copilului internați. În secțiile de pediatrie chestionarul se aplică mamei copilului internați, pentru copii până la 14 ani sau direct copiilor cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani.

**În cazul spitalelor de psihiatrie se vor selecționa pacienții care au discernământ. Se solicită spitalului lista cu pacienții cu discernământ,**

**din care evaluatorul alege pacienții cu care aplică interviul.**

**Nu se vor aplica chestionare/interviuri în spitalele de tip penitenciar și/sau pentru măsuri de siguranță.**

Este imperativ ca evaluatorii să nu pericliteze starea de sănătate sau siguranța pacienților prin intervențiile lor, să nu interfereze în nici un mod cu actul medical sau în condițiile de internare.

Evaluatorii, în egală măsură, sunt obligați să specifice în mod clar pacienților că nu au rolul sau menirea să schimbe ceva în procesul lor de îngrijiri pentru sănătate sau să intervină în oricare modalitate în relația cu personalul spitalului sau conducerea acestuia de la oricare nivel; similar în ceea ce privește personalul angajat, evaluatorul va specifica clar că nu are și nu poate avea nici un rol în reglementarea vreunei situații sau modificarea statutului aceluia angajat, evaluatorul nu are, de asemenea, de făcut nici o intervenție în situația vreunei stări conflictuale pre-existentă sau care apare în timpul vizitei, dacă aceasta nu are legătură cu prezența sau activitatea sa; evaluatorul nu poate fi chemat pentru conciliere sau rezolvări amiabile în nici un context și indiferent de părți – între pacienți, între pacienți și personalul **Beneficiile și avantajele acreditării pentru** angajat, între angajații spitalului.

### **Chestionarul de administrat pacienților**

Pentru aplicarea **chestionarului pacienților**, la nivelul spitalului se vor selecționa **minim 6 - maxim 30 de pacienți**, dar nu mai mult de 2 pacienți pe secție.

**Un singur evaluator colectează toate chestionarele și completează lista nr. 66** după încheierea vizitei.

### **Interviul pacientului**

Pentru **interviul pacientului** se vor selecta **câte un pacient pe fiecare locație**.

Analiza traseului debutează la locul/departamentul sau secția în care se află pacientul, respectiv printr-un interviu aplicat acestuia (interviu pre-structurat);

analiza continuă apoi cu fiecare departament cu care acesta a avut contact, de la serviciul de internări și până la momentul prezent.

În toate etapele „traseului pacientului” evaluatorul va discuta (interviuri directe sau sesiuni interactive) și cu persoanele cu care pacientul s-a aflat în contact, sau, în lipsa acestei persoane, cu o alta care prestează același tip de serviciu. În afara acestui gen de abordare, evaluatorul va face și scurte observații directe la fața locului la nivelul acestor departamente. Acest tip de analiză permite obiectivarea percepției pacientului în privința calității îngrijirilor și a serviciilor care i-au fost acordate, prin raportarea la rezultatele observației directe realizate de evaluator.

Un singur evaluator colectează toate interviurile și completează lista nr. 64, după încheierea vizitei.

### **Chestionarul angajatului**

Chestionarul angajatului, formular ANMCS se aplică utilizând tehnica interviului cu angajatul. Chestionarul se administrează unui număr de **minim 10 angajați, maxim 5% din numărul total de angajați**, avându-se în vedere acoperirea tuturor departamentelor.

Un chestionar se aplică sub formă de interviu reprezentantului angajaților de același evaluator care completează lista de verificare nr. 68. Toate celelalte chestionare sunt autoadministrare de către angajați.

**Un singur evaluator colectează chestionarele și completează lista nr. 67, fie în timpul vizitei, fie în perioada imediat următoare încheierii vizitei.**

## **ELABORAREA PROIECTULUI DE RAPORT DE EVALUARE ȘI A RAPORTULUI DE EVALUARE**

1. Pregătirea raportului începe în timpul vizitei de evaluare, prin întâlniri regulate ale evaluatorilor, în cadrul cărora se urmărește schimbul de informații, planificarea și coordonarea acțiunilor pentru îndeplinirea în timpul dedicat vizitei a obiectivelor acesteia. Fiecare evaluator analizează și organizează datele colectate, astfel încât acestea să poată fi ulterior integrate în raportul final și care să reflecte nivelul de conformitate al organizației la diferitele standarde.

**Toți membrii echipei de evaluare participă la elaborarea Proiectului de raport de evaluare și sunt responsabili de acuratețea și corectitudinea informațiilor culese și prelucrate prin analiză.**

2. Proiectul de raport de evaluare se întocmește în două exemplare, unul pentru ANMCS și unul pentru spital. În adresa de însoțire către spital a proiectului se menționează termenul maxim pentru transmiterea obiecțiilor.
3. Obiecțiunile formulate de către spital sunt transmise de președintele comisiei de evaluare către comisia de analiză a obiecțiilor însoțite de punctul de vedere al comisiei de evaluare.
4. Concluziile comisiei de analiză sunt obligatorii pentru comisia de evaluare și sunt preluate în raportul de evaluare.
5. Raportul de evaluare este document colectiv, elaborat și asumat de către toți membrii comisiei de evaluare.

**Toată corespondența dintre evaluatori și spital trebuie înregistrată în registrul de evaluare și anexată dosarului de evaluare.**

**Corespondența dintre evaluatori și spital, respectiv ANMCS se desfășoară prin intermediul evaluatorului coordonator/președintelui comisiei de evaluare.**

**Evaluatorul coordonator/Președintele comisiei de evaluare coordonează activitatea comisiei de evaluare, stabilește orarul zilnic al vizitei pentru fiecare membru al comisiei de evaluare, astfel încât membrii comisiei de evaluare să aibe o „încărcătură” egală a activității.**

**Programul orar întocmit inițial, în perioada de previzită, este trimis spitalului cu adresă de înaintare.**

Proiectul raportului de evaluare nu stabilește nivelul de acreditare, prelucrarea și interpretarea indicatorilor și a informațiilor colectate de comisia de evaluare în vederea acreditării urmând a se face la nivelul unității de specialitate din cadrul ANMCS.

## EVALUAREA SPITALULUI - CALENDARUL activităților comisiei de evaluare

Etapa de evaluare, coordonată de către comisia de evaluare, cuprinde previzita, vizita propriu-zisă și postvizita.

Previzita include următoarele activități principale:

- a) comunicarea cu spitalul și elaborarea unui raport privind conformitatea DOS și a DS, care se transmite A.N.M.C.S.;
- b) pe baza raportului prevăzut la lit. a) A.N.M.C.S. poate decide anularea vizitei de evaluare;
- c) elaborarea programului vizitei de evaluare și comunicarea acestuia spitalului.

<b>Ședința de instructaj</b>	
Participanți	Toți evaluatorii ANMCS selectați.
Locație	ANMCS - Sala pusă la dispoziția evaluatorilor
Durata	60- 120 de minute
Activități	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Prezentarea membrilor echipei de evaluare.</li><li>✓ Prezentarea spitalului și a fișei de autoevaluare. Echipa de evaluatori analizează fișa de auto-evaluare depusă de către spital, se familiarizează cu structura, organizarea și cu particularitățile spitalului.</li><li>✓ Primirea accesului în CaPeSaRo, pentru vizualizarea DOS ale spitalului</li><li>✓ Stabilirea secretarului comisiei de evaluare.</li><li>✓ Distribuirea documentației (liste de verificare, chestionare/interviu, lista documentelor centralizatoare, registru intrari ieșiri etc). Prezentarea și detalierea instrumentelor de lucru.</li><li>✓ Întocmirea orarului vizitei de către evaluatorul coordonator sau a medicului din echipă, care în situația în care nu există evaluator coordonator, preia coordonarea echipei</li><li>✓ Transmiterea pe fax/e-mail a orarului către spital.</li><li>✓ Discutarea aspectelor organizatorice.</li></ul>

Vizita propriu-zisă la spital include următoarele activități principale:

a) ședința de deschidere, cu participarea reprezentanților spitalului, în scopul stabilirii detaliate a modului de desfășurare a vizitei în spital;

b) ședința de informare de la începutul fiecărei zile, cu participarea reprezentanților spitalului;

c) îndeplinirea obiectivelor specifice care i-au revenit fiecărui evaluator din cadrul comisiei de evaluare, prin utilizarea tehnicilor și aplicarea instrumentelor de colectare a datelor și prin aprecierea proceselor care au loc în cadrul spitalului;

d) ședința de informare finală, cu participarea reprezentanților spitalului, în scopul prezentării concluziilor preliminare ale vizitei de evaluare;

e) pregătirea proiectului raportului de evaluare începe în timpul vizitei de evaluare, fiecărui evaluator revenindu-i obligația de a nota în proiectul raportului propriile concluzii intermediare și de a arhiva documentele elaborate sau primite în timpul etapei de evaluare, pe care le predă către A.N.M.C.S. împreună cu raportul de evaluare;

f) completarea fișei de situații deosebite, pentru situații care împiedică desfășurarea procesului de evaluare, prin care comisia de evaluare solicită A.N.M.C.S. întreruperea vizitei de evaluare. Președintele A.N.M.C.S. poate decide întreruperea vizitei de evaluare. În acest caz se consideră întreaga activitate a spitalului neconformă. Procesul de acreditare poate fi reluat, la cererea spitalului, cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S.

g) completarea fișei de situații deosebite, în cazul identificării unor deficiențe care pun în pericol siguranța pacientului sau a angajaților spitalului, prin care comisia de evaluare comunică aceste constatări către A.N.M.C.S. Președintele A.N.M.C.S. poate decide întreruperea vizitei de evaluare. În acest caz, procesul de acreditare poate fi reluat cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S.

Temele principale monitorizate care pot determina completarea fișei de situații deosebite sunt :

1. Utilizarea echipamentelor de protecție adaptate activităților efectuate
2. Starea de curățenie și funcționalitate a spațiilor comune (inclusiv grupuri sanitare)
3. Transportul și administrarea sângelui și a produselor din sânge
4. Transportul pacienților în interiorul spitalului în condiții de siguranță și în special transportul acestora spre zonele aseptice
5. Siguranța alimentului - condiții de păstrare, preparare și transport

6. Situația depozitării în siguranță a materialelor sanitare

7. Modul de gestionare și izolare a pacienților infectați proveniți din alte spitale/ contagioși/ imunodeprimați

<b>Întâlnirea introductivă – ședința de deschidere</b>	
Participanți	Toți evaluatorii ANMCS, managerul și responsabilul desemnat cu acreditarea, oricare alt angajat al spitalului. Evaluatorul coordonator va conduce ședința - din partea ANMCS.
Locație	La dispoziția spitalului.
Durata	30 minute- 1 oră
Activități	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Discutarea orarului vizitei.</li><li>✓ Prezentarea neconformităților din listele de verificare completate în perioada de previzită.</li><li>✓ Întocmirea minutei ședinței de deschidere, în care sunt consemnate toate discuțiile din cadrul ședinței. Minuta ședinței de deschidere este un tipizat completat de secretarul comisiei de evaluare și semnat de reprezentanții spitalului care au participat la ședință și de comisia de evaluare.</li><li>✓ Descrierea structurii și conținutului evaluării.</li><li>✓ Prezentarea modalității de aplicare a testelor de sanitație.</li></ul> <p>Evaluatorii răspund la întrebări legate de agenda evaluării. Evaluatorii explică folosirea metodei traseului pacientului.</p>

Dacă timpul permite, se recomandă ca după ședința de deschidere evaluatorii să se acomodeze cu sala ce le-a fost pusă la dispoziție, cu aparatura precum și să facă o scurtă vizită a spitalului:

<b>Acomodarea evaluatorilor</b>	
Participanți	Toți evaluatorii ANMCS

Locație	Sala pusă la dispoziția evaluatorilor
Durata	10 de minute
Activități	- Instalarea evaluatorilor, verificarea echipamentelor tehnice aflate în dotarea sălii (PC; fax, copiator în proximitate).
<b>Prezentarea spitalului</b>	
Participanți	Toți evaluatorii ANMCS; responsabilul cu acreditarea din partea spitalului.
Locație	Dacă agenda vizitei permite, se poate prezenta traseul vizitei de evaluare pentru fiecare membru al echipei de evaluare.
Durata	30 minute
Activități	Identificarea obiectivelor care revin fiecărui evaluator. Familiarizarea evaluatorilor cu spitalul, cu circuitele din cadrul acestuia, atât ale pacienților cât și a personalului.

<b>Ședința de informare zilnică</b>	
Participanți	Toți evaluatorii ANMCS, managerul și responsabilul desemnat cu acreditarea, oricare alt angajat al spitalului. Evaluatorul coordonator va conduce ședința.
Locație	La dispoziția spitalului.
Durata	30 minute- 1 oră
Obiectiv și Activități	Scopul întâlnirii este de a facilita conducerea organizației înțelegerea procesului de evaluare. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prezentarea raportului echipei de evaluatori privitor la modificările de valență a indicatorilor din ziua precedentă, și, după caz, pentru detalii și elemente noi aduse de către organizație referitor la semnalările din raportul de informare al evaluatorilor.</li> <li>✓ Comunicarea validării/invalidării modalității de colectare și calcul a indicatorilor numerici.</li> <li>✓ Prezentarea proceselor/activităților spitalului în</li> </ul>

	<p>desfășurare (internare, externare etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comunicarea neîndeplinirii indicatorilor santinelă.</li> <li>✓ Consemnarea existenței cabinetelor de explorări funcționale/ endoscopii diagnostice sau terapeutice și poate propune modificarea orarului, cu acordul spitalului</li> </ul> <p>În cadrul acestor întâlniri un accent deosebit se va pune pe prezentarea tendințelor care pot sau determină în mod semnificativ preocupare și risc de neconformitate cu un standard.</p> <p>Briefing-ul este util și pentru solicitarea și primirea de informații suplimentare utile pe care conducerea spitalului le poate aduce.</p> <p>Evaluatorii vor sublinia în cadrul acestor ședințe și oricare elemente pozitive sau de bună performanță găsite.</p> <p>În final, se va proceda la revizuirea agendei vizitei de evaluare pentru perioada următoare și ajustarea acesteia în funcție de nevoile de evaluare ale organizației, după caz.</p>
--	--

<b>Ședința de la finalul fiecărei zile</b>	
Participanți	Toți evaluatorii ANMCS. Evaluatorul coordonator va conduce ședința.
Locație	La dispoziția evaluatorilor.
Durata	120 minute
Activități	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fiecare evaluator analizează și procesează toate listele de verificare pe care le-a aplicat.</li> <li>✓ Fiecare evaluator își extrage de pe listele de verificare indicatorii care și-au modificat valența pe care i-a găsit și îi înmânează secretarului comisiei de evaluare în vederea întocmirii minutei ședinței de informare zilnică.</li> </ul>

	<p>✓ În cadrul acestor ședințe evaluatorii trebuie să ajungă la consens în privința anumitor neconformități astfel încât la prezentarea minutei ședinței de a doua zi să nu existe păreri contrare.</p>
--	---

<b>Ședința de închidere</b>	
<b>Participanți</b>	Toți evaluatorii ANMCS/managerul sau persoana desemnată de către acesta/responsabilul cu calitatea. Evaluatorul coordonator va conduce ședința - din partea ANMCS.
<b>Locație</b>	La dispoziția spitalului.
<b>Durata</b>	30 minute- 1 oră
<b>Activități</b>	<p>✓ Prezentarea rezultatelor evaluării în vederea acreditării.</p> <p>Această sesiune trebuie să se constituie într-o oportunitate de comunicare, astfel ca persoane cheie din spital să poată chestiona echipa de evaluatori despre procesul de analiză și evaluare și rezultatele acestuia.</p> <p>Cu aceeași ocazie vor fi revizuite activitățile care urmează a fi desfășurate de către și în sprijinul organizației și vor fi prezentate recomandările primare ale evaluatorilor, menite să asigure conformitatea cu standarde și îmbunătățirea calității activității spitalului.</p> <p>Scurtă informare a membrilor spitalului despre draftul proiectului de raport de evaluare.</p> <p>Evaluatorii au obligația să întocmească Proiectul Raportului de Evaluare în maxim 5 zile lucrătoare și să îl transmită spitalului evaluat, în vederea formulării de eventuale obiecții. În termen de maxim 5 zile lucrătoare spitalul transmite obiecțiile sale (dacă este cazul).</p> <p>În maxim 5 zile lucrătoare de la primirea obiecțiilor</p>

	<p>spitalului, ANMCS le analizează și răspunde la acestea.</p> <p>Evaluatorii întocmesc Raportul de Evaluare, ținând cont de răspunsul ANMCS la obiecțiunile formulate de spital. Acesta este transmis spitalului spre informare și ANMCS (însoțit de toată documentația din timpul vizitei).</p>
--	---

**Listele de verificare completate se introduc în format electronic (Windows Excel) ÎN POSTVIZITĂ, înainte de redactarea PRE.**

(4) Postvizita include următoarele activități principale:

a) redactarea de către membrii comisiei de evaluare și transmiterea către spitalul evaluat a proiectului de raport de evaluare, în maximum 5 zile lucrătoare de la finalizarea vizitei propriu-zise la spital;

b) formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

c) analizarea de către personalul A.N.M.C.S., în maximum 5 zile lucrătoare de la primire, a obiecțiunilor formulate de către spital și înaintarea concluziilor către membrii comisiei de evaluare;

d) elaborarea de către membrii comisiei de evaluare, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea concluziilor, a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital. Asupra raportului de evaluare spitalul nu mai poate formula obiecțiuni.

Evaluarea spitalului se incheie cu predarea la ANMCS a dosarului de evaluare de către comisia de evaluare.

## **Dosarul de evaluare**

**Secțiunea A:** Ordinul Președintelui ANMCS privind componența comisiei de evaluare, Fișa de autoevaluare, Documente preliminare solicitate spitalului, Programul vizitei de evaluare, Comunicare privind vizita de evaluare

**Secțiunea B:** Minutele tuturor ședințelor, Listele de verificare, Listele documentelor solicitate și fotocopiile documentelor primite, Chestionarele de satisfacție (pacienți și angajați), Listele de observare directă

**Secțiunea C:** Proiectul raportului de evaluare, Adresă obiecțiuni (după caz), Raportul de evaluare, Adrese de înaintare a PRE și RE, Proces verbal predare-primire Dosar de evaluare; Listele de verificare – varianta electronică.

Modalitatea de predare a documentelor în format electronic pentru fiecare membru în parte, astfel:

- a. pe stickul evaluatorului coordonator se vor regăsi 2 foldere denumite:
  - *”numele evaluatorului”* - conține doar listele aplicate de evaluator conform Programului, inclusiv centralizarea listelor aplicate de mai multe ori;
  - *”Coordonator”* - conține Fișa de simulare a urgenței și ”Centralizatorul de date statistice,, completat de spital;
- b. pe stickul secretarului desemnat se vor regăsi 2 foldere denumite:
  - *”numele evaluatorului”* - conține doar listele aplicate de evaluator conform Programului, inclusiv centralizarea listelor aplicate de mai multe ori;
  - Secretar - conține toate minutele ședințelor comune ale Comisiei de evaluare, registru propriu de evidență al CE, Lista documentelor solicitate centralizatoare, PRE format word, RE format word, forma finală a Programului vizitei de evaluare, listele de verificare de la 1 la 33 (cu listele care au fost aplicate de mai multe ori, centralizate la nivelul întregii Comisii, ex. o singură L2, o singură L3 etc.), procesul verbal de predare-primire a dosarului de evaluare.
- c. pe stickul evaluatorului (care nu are atribuită o responsabilitate suplimentară) se regăsește un folder denumit:
  - *”numele evaluatorului”* - conține doar listele aplicate de evaluator conform Programului, inclusiv centralizarea listelor aplicate de mai multe ori;

**Correspondența dintre varianta letrică a Listelor de verificare, informațiilor cuprinse în minute și varianta electronică a Listelor de verificare trebuie să fie exactă. În caz contrar președintele comisiei de evaluare retrimite comisiei de evaluare, spre refacere, întreg dosarul de**

**evaluare.**

**ABREVIERI** folosite în listele de verificare:

**FO-** Foaie de observație clinică generală

**UPU** – Unitate Primiri Urgențe

**CPU** – Compartiment Primiri Urgențe

**ATI** – Anestezie Terapie Intensivă

**DRG-** DIAGNOSIS RELATED GROUP - schema de clasificare a pacienților în funcție de diagnostic.

**DMS** – Durata Medie De Spitalizare

**RMN** - rezonanta magnetica nucleara

**CT** – Computer Tomograf

### **DEFINITII**

**„Eveniment advers”** - eveniment considerat prevenibil, care reprezintă afectarea neintenționată și nedorită a sănătății, rănirea, îmbolnăvirea, dizabilitatea temporară sau permanentă sau chiar moartea pacientului, asociată asistenței medicale.

Evenimente adverse:

- Infecții asociate asistenței medicale ( aprox. 25% din ev. adverse)
- Erori de medicație
- Erori chirurgicale
- Erori de diagnostic
- Erori cauzate de dispozitive medicale
- Lipsa acțiunii după obținerea rezultatelor testelor

**„Daună”** implică deteriorarea structurii sau funcționării corpului și/sau efectele vătămătoare care rezultă din aceasta;

**„Infecții asociate asistenței medicale”** înseamnă boli sau patologii legate de prezența unui agent infecțios sau a produselor acestuia ca urmare a expunerii la instalațiile asistenței medicale sau la procedurile sau tratamentele acesteia;

**„Siguranța pacienților”** înseamnă libertatea, pentru un pacient, de a nu fi supus vătămării inutile sau potențiale asociate cu asistența medicală;

**„Viziune”** reprezintă o stare ideală proiectată în viitor și care configurează o posibilă și dezirabilă dezvoltare a organizației respective;

**„Misiune”** reprezintă rațiunea de a fi și de a crea valoare pentru societate. Misiunea unei organizații comunică ce este organizația respectivă și ce vrea ea să facă pentru această societate;

**„Plan strategic”** Integrarea tuturor obiectivelor strategice formulate pentru organizație, pentru o perioadă de 4-5 ani, împreună cu strategiile prin care se vor obține aceste obiective și resursele necesare, într-un singur document la nivelul organizației constituie planul strategic;

**„Indicator de proces”** înseamnă un indicator care se referă la respectarea activităților convenite, cum ar fi igiena mâinilor, supravegherea, procedurile standard de operare;

**„Indicator de structură”** înseamnă un indicator care se referă la orice resursă (personal, infrastructură)

**“Farmacovigilența”** conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, farmacovigilența este știința legată de detectarea, evaluarea, înțelegerea și prevenirea reacțiilor adverse/efectelor indesezirabile sau a altor probleme legate de efectul și riscul administrării medicamentelor în condițiile "reale" de utilizare.

**“Reacție adversă”** este o reacție dăunătoare și neintenționată, care apare la administrarea unui medicament la doze utilizate în mod normal la om pentru profilaxia, diagnosticul sau tratamentul bolii sau pentru modificarea unor funcții fiziologice; *este suspectată o relație cauzală directă între administrarea unui produs medicamentos și apariția unui efect advers.*

**Analiza SWOT** este o metodă a planificării strategice, frecvent utilizată, pentru a evalua punctele tari, punctele slabe, oportunitățile și amenințările unei organizații. SWOT: **STRENGTHS** (puncte tari); **WEAKNESSES** (puncte slabe); **OPPORTUNITIES** (oportunități); **THREATS** (amenințări).

**Asistent medical diplomat** - Absolventul școlii sanitare posliceale este denumit asistent medical, iar absolventul colegiului universitar medical este denumit *asistent medical diplomat*.