

MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

6.1. DEFINIȚIA ȘI COMPONENTELE CALITĂȚII ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Definiția calității îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice din cadrul culturii (profesională, etică) și pe contextul situației. Este imposibil să definești calitatea îngrijirii fără a ține seama de valorile, ce se află în spatele individului, de situația socială și profesională. Există mai multe dimensiuni, identificate profesional, ale calității îngrijirii. Acestea s-au dezvoltat de-a lungul anilor și definierea lor s-a schimbat odată cu noile studii și descoperiri. Principala organizație recunoscută în SUA pentru definirea calității îngrijirii în organizațiile de îngrijire a sănătății este Comisia Unită pentru Acreditarea Organizațiilor de Îngrijire a Sănătății. Această comisie a identificat *nouă componente ale calității* îngrijirii. Ele cer fiecărei organizații de îngrijire a sănătății să definească calitatea, folosind aceste componente și ținând seama de perspectivele clienților organizației. Aceste componente sunt enumerate mai jos.

Componentele calității îngrijirii de sănătate conform Comisiei Unite.

1. *Accesibilitatea îngrijirii*: Ușurința, cu care pacienții pot obține îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie.
2. *Specificitatea îngrijirii*: Gradul, până la care se asigură îngrijire corectă, dată de starea curentă a activității.
3. *Continuitatea îngrijirii*: Gradul, până la care îngrijirea necesită de pacienți este coordonată între practicieni și între organizații în timp.
4. *Eficacitatea îngrijirii*: Gradul, până la care îngrijirea este abordată într-o manieră corectă, fără erori, în funcție de starea curentă a activității.
5. *Efectivitatea îngrijirii*: Gradul, până la care un serviciu are potențialul să satisfacă nevoile, pentru care este folosit.
6. *Eficiența îngrijirii*: Gradul, până la care îngrijirea primită are efectul dorit cu un minimum de efort, cheltuieli sau risipă.
7. *Orientarea spre pacient*: Gradul, până la care pacienții și familiile lor în procesul de luare a deciziilor ce țin de sănătate sunt satisfăcuți de îngrijirea lor.
8. *Siguranța mediului de îngrijire*: Gradul, până la care mediul este lipsit de hazard sau pericol.
9. *Orarul îngrijirii*: Gradul, până la care îngrijirea este acordată pacienților atunci când este necesară.

6.2. MANAGEMENTUL CALITĂȚII. ABORDARE GENERALĂ

Managementul calității presupune existența unei structuri organizatorice adecvate, care ar permite punerea în practică a sistemului de management al calității. În accepția SR ISO, managementul calității reprezintă „ansamblul activităților funcției generale de manager, care determină politica în domeniul calității, obiectivele și responsabilitățile, și care se implementează în cadrul sistemului calității prin astfel de mijloace, cum ar fi planificarea calității, controlul calității, asigurarea calității și îmbunătățirea calității”.

Sistemul de management al calității în accepția SR-ISO este „un ansamblu de procese și resurse pentru implementarea managementului calității”. El presupune:

- o politică orientată spre client;
- o structură organizatorică adecvată;
- o documentație suficientă;
- un sistem informațional, care să permită detectarea disfuncțiilor.

Calitatea serviciilor de sănătate depinde atât de oameni, cât și de sistemele și tehnicile existente în sectorul sanitar. Spre deosebire de domeniul economic al producției materiale, unde se urmărește obținerea profitului continuu perfecționat, în sistemul sanitar profitul nu poate constitui un indicator al calității și performanței.

Performanța reprezintă gradul de realizare al obiectivelor prestabilite. Acestea au valori diferite în funcție de punctul de vedere al furnizorului sau consumatorului. De aceea, în analiza calității se va studia oferirea serviciului adecvat în funcție de nevoile consumatorului.

Atunci când se apreciază calitatea se folosește conceptul de asigurare a ei. El este definit ca un proces de dirijare a unui program continuu de evaluare a calității, cu scopul de a obține îmbunătățirea continuă a ei.

Evaluarea calității duce la:

- îmbunătățirea planificării strategice într-o organizație;
- îmbunătățirea eficienței operațiunilor manageriale;
- îmbunătățirea rezultatelor clinice.

Specialistul canadian A. Donabedian a definit șase dimensiuni ale calității îngrijirilor de sănătate:

1. *eficacitatea* – capacitatea de a atinge cele mai bune rezultate în îmbunătățirea stării de sănătate prin intermediul celor mai bune îngrijiri;
2. *eficiența* – capacitatea de a ajunge la cele mai bune rezultate în starea de sănătate, prin intermediul celor mai bune îngrijiri, dar și cu costuri cât mai scăzute.
3. *optimizarea* – realizarea unui echilibru între costurile îngrijirilor de sănătate și efectele obținute în urma acestor îngrijiri, înțelegând prin aceasta beneficiul adus de îngrijirile de sănătate sau valoarea monetară a îmbunătățirii stării de sănătate;
4. *accesibilitatea* – alinierea serviciilor de sănătate la dorințele, nevoile și așteptările populației;
5. *legitimitatea* – acordarea îngrijirilor de sănătate în conformitate cu principiile sociale exprimate prin norme, valori, legi și reglementări;
6. *echitatea* – acordarea îngrijirilor de sănătate fiecărui membru al societății în funcție de nevoile sale, spre deosebire de egalitatea, care se referă la furnizarea uniformă de servicii tuturor membrilor societății. Egalitatea

poate fi un deziderat, care poate fi inutil sau nu se poate realiza ori poate duce la inechitate.

Rezultatele îngrijirilor sunt din ce în ce mai mult recunoscute în prezent, ca fiind foarte importante pentru evaluarea serviciilor de sănătate și a politicii sanitare. Cu toate acestea, există unele dificultăți și limite în folosirea rezultatelor pentru măsurarea calității îngrijirilor medicale. Starea de sănătate și rezultatul îngrijirilor reprezintă consecința interacțiunii mai multor factori: genetici, de mediu, comportamentali și cei legați de practica medicală. Serviciile medicale joacă un rol semnificativ, dar au și o contribuție parțială în asigurarea stării de sănătate. Diferitele caracteristici ale pacientului, structura familiei, condițiile sociale și factorii de mediu au influențe importante în ceea ce privește rezultatele, care nu pot fi atribuite în mod direct îngrijirilor medicale primite. De aceea, orice evaluare a calității îngrijirilor trebuie să țină cont de existența acestor factori externi.

Organizația Mondială a Sănătății definește Calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelență”. Calitatea înseamnă asigurarea unei practici bune, dar și introducerea unor proceduri și tehnici noi, concomitent cu reducerea costului și creșterea productivității în vederea satisfacerii pacientului.

Cu toate că rezultatele reprezintă o măsură potrivită a calității serviciilor medicale, este necesară evaluarea simultană a structurii și procesului de îngrijire pentru a înțelege de ce se obțin rezultate diferite. Astfel se pot planifica intervenții nu numai pentru îmbunătățirea acestora, ci și pentru a realiza eficacitatea și echitatea în organizarea și distribuirea serviciilor de sănătate.

Donabedian definește procesul de îngrijire medicală ca fiind „Un lanț complex de evenimente, în care fiecare dintre ele este un sfârșit al celui anterior și reprezintă o condiție necesară a celui viitor”. Procesul cuprinde recunoașterea problemei, procedurile diagnostice, diagnosticul, terapia și îngrijirea, utilizarea, accesibilitatea, înțelegerea și complianța.

Evaluarea procesului este continuă și se face pentru a vedea cum pot fi îmbunătățite acțiunile pentru a putea alege alternativa cea mai bună pentru atingerea obiectivelor.

Există mai multe abordări posibile pentru studierea relațiilor dintre componentele structurii, procesului sau rezultatelor. Componentele acestora au fost enumerate mai sus și pot fi studiate individual sau ca o legătură între structură și proces, structură și rezultate, proces și rezultate sau structură și proces combinate cu rezultatele obținute.

Abordarea calității din punctul de vedere al consumatorului se referă la ceea ce doresc pacienții de la serviciile de sănătate.

Abordarea din punctul de vedere al profesioniștilor urmărește dacă îngrijirile corespund componentelor calității și nevoilor definite de furnizorii de servicii și dacă tehnicile și procedurile sunt aplicate corect.

Oamenii judecă serviciile de sănătate, comparându-le cu alte servicii pe care ei le-au găsit în alte sectoare. Dacă serviciile corespund cu dorințele pacientului și cu așteptările lui, atunci serviciul respectiv devine atractiv. Dacă pacientul nu este mulțumit, va rezulta o proastă publicitate pe piața competițională, care va duce la scăderea numărului de pacienți și a veniturilor unității sanitare, cu impact mai mare în sectorul sanitar privat. Cei nemulțumiți își vor alege un alt medic, o altă unitate sanitară sau nu vor utiliza serviciul respectiv.

Cheia managementului calității totale este „omul calității totale” care reprezintă de fapt implicarea întregii echipe medicale în obținerea performanței.

În managementul calității totale Donabedian descrie următoarele principii:

- *procesul de muncă* – calitatea serviciilor depinde în primul rând de procesele prin care îngrijirile medicale sunt planificate și produse de angajați, care trebuie îndrumați în vederea evaluării analizei și îmbunătățirii procesului de muncă;
- *analiza variabilității* – necontrolarea variației proceselor sau rezultatelor este prima cauză a problemelor de calitate; cauzele variabilității trebuie identificate și corectate;
- *managementul în sine* – este necesară colectarea sistemică a informației începând cu identificarea problemelor prioritare prin analiza cauzelor și până la selectarea și testarea soluțiilor;
- *învățarea și îmbunătățirea continuă a performanței* – conduce la îngrijiri de calitate.

Planificarea procesului calității se referă la activitățile necesare producerii serviciilor medicale care trebuie să satisfacă nevoile consumatorilor și cuprinde următoarele etape:

- definirea consumatorilor;
- determinarea nevoilor acestora;
- definirea caracteristicilor serviciului medical în concordanță cu nevoile consumatorilor;
- dezvoltarea proceselor care să fie capabile să realizeze caracteristicile serviciului respectiv.

Controlul calității predă următoarele etape:

- evaluarea performanței calității obținute;
- compararea calității oferite cu scopurile stabilite;
- *definirea acțiunilor pentru diminuarea diferențelor dintre rezultatele obținute și standardele acceptate.*

Îmbunătățirea calității se referă la procesul de creștere a performanței și constă în următoarele etape:

- stabilirea infrastructurii necesare pentru a asigura îmbunătățirea permanentă a calității;
- identificarea nevoilor specifice, îmbunătățirea performanței și elaborarea de proiecte;
- stabilirea pentru fiecare proiect a unor responsabilități clare în cadrul echipei medicale;
- furnizarea resurselor motivației și formării necesare echipei medicale pentru diagnosticarea cauzelor și stabilirea controlului.

Nu trebuie uitat faptul că o calitate redusă este mai frecvent cauzată de proces decât de personalul medical.

Pentru evaluarea și monitorizarea calității îngrijirilor se pot folosi diverse categorii de indicatori:

- indicatorii bazați pe apreciere;
- indicatorii santinelă de eveniment (reacții adverse la medicamente);
- indicatorii clinici, care constituie elemente de îngrijiri furnizate de diverși specialiști (intervenții repetate în timpul perioadei de internare).

6.3. MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Principalul obiectiv al seriei de standarde ISO 9000/2000: este satisfacerea atât a clienților interni și externi, cât și a altor părți interesate: personalul medical, acționari, furnizori ai organizației medicale.

ISO 9000/2000 pune accent atât pe importanța identificării implementării, coordonării și îmbunătățirii continue a efectuării proceselor necesare sistemului de management al calității serviciilor medicale, cât și pe importanța gestionării interacțiunilor dintre aceste procese, pentru a îndeplini obiectivele organizației. ISO 9004/2000 se concentrează pe îmbunătățirea performanței organizației, recomandând o metodă de autoevaluare a eficienței și eficacității proceselor din cadrul serviciilor medicale.

Conform standardului ISO 8402, *managementul calității* este „ansamblul activităților funcției generale de management, ce determină politica în domeniul calității, obiectivele și responsabilitățile și le implementează prin mijloace ca: planificarea, controlul, asigurarea și îmbunătățirea calității în cadrul sistemului calității”.

Principiile managementului calității serviciilor medicale:

- depășirea de la măsurarea competenței practicianului către măsurarea rezultatelor îngrijirii pacientului;
- utilizarea mai redusă a raționamentului implicit și o mai mare atenție pentru standardele explicite (ghiduri de practică);
- o mai mică izolare organizațională a asigurării calității și eforturi pentru integrarea ei în activitățile de zi cu zi și la toate nivelurile de furnizare a îngrijirilor medicale.

Auditul intern – este o examinare sistematică și independentă cu scopul de a determina dacă managementul calității:

- se conformează planificării, cerințelor standardului și cerințelor sistemului de management al calității;
- este implementat și menținut cu eficacitate.

Evaluarea sistemului de management al calității se realizează pe baza analizei beneficiilor:

- îmbunătățește planificarea strategică;
- îmbunătățește rezultatele clinice;
- îmbunătățește eficiența managerială și operațiunile.

Planificarea strategică de bazează pe informații relevante și dă:

- o proiecție a tendințelor operative;
- o identificare a slăbiciunilor și punctelor forte;
- analizele de portofoliu ale departamentelor interne și a rapoartelor comparative de performanță.

Rezultatele clinice se evaluează pe baza comparării produselor și serviciilor și a analizei costurilor evaluate comparativ cu rezultatele clinice.

Proiectele inițiale de revizuire a sistemului calității vizează probleme general acceptate ca:

- reducerea timpului de așteptare la camerele de gardă;
- reducerea ratei de infecții nosocomiale;
- reducerea perioadei de internare (zile de spitalizare).

6.3.1. COMPONENTELE ESEŢIALE ALE MANAGEMENTULUI CALITĂŢII

Toți administratorii de spitale vor să asigure o calitate excelentă de îngrijire în spitalele lor. Mulți administratori au intenții bune și fac eforturi deosebite, totuși uneori îngrijirea acordată este sub standardele acceptate. Cercetătorii Melum și Sinioreș, examinând spitale cu îngrijiri de calitate excelentă, au identificat șase componente esențiale comune, care formează cadrul managementului calității în organizațiile de îngrijire a sănătății, acestea fiind:

1. conducători vizionari;
2. orientarea către clienți;
3. echipe de lucru ale angajaților;
4. implicarea înaltă a medicilor;
5. folosirea unui model de proces recunoscut;
6. alinierea sistemelor și departamentelor.

Prima componentă esențială – conducătorii vizionari din spitalele de succes au 10 caracteristici comune:

1. ei se simt personal dedicați calității;
2. ei sunt un model de urmat pentru angajați;
3. ei au o viziune consacrată și plan pentru calitate;
4. ei pregătesc angajații în management;
5. ei asigură resurse pentru calitate (atât umane cât și financiare);
6. ei analizează sistemele lor de management;
7. ei acordă recunoaștere angajaților pentru idei / muncă de calitate;
8. ei își analizează periodic progresele în domeniul calității;
9. ei gestionează rezistențele din partea membrilor staff-ului;
10. ei își împuternicesc angajații.

Trei din aceste caracteristici au fost identificate, ca fiind de o importanță deosebită. Managerii trebuie:

1. să se considere implicați personal;
2. să acționeze ca modele de urmat;
3. să asigure resurse umane și financiare.

Managerii nu pot asigura conducerea, dacă nu se simt implicați personal față de calitate. Două lucruri au fost recunoscute la managerii cu respect pentru implicarea personală. *Primul*, ei recunosc beneficiul personal. *Al doilea*, ei conștientizează deplin principiile managementului calității.

A doua componentă esențială – grija față de clienți. Clientul este o persoană, care beneficiază de serviciile organizației de îngrijire de sănătate. Aceasta include persoane atât din interiorul, cât și din exteriorul organizației. Persoanele din interior reprezintă personalul departamentului, medicii și studenții. Clienții din exterior includ pacienții, familiile și furnizorii. Managerii cu o grijă reală față de clienți întreprind următoarele acțiuni:

- identifică clienți interni și externi;
- înțeleg așteptările clienților și le satisfac;
- unesc recunoașterea meritelor personalului și satisfacția clienților;
- răspund rapid plângerilor clienților;

- pregătesc întregul personal în spiritul grijii față de client;
- arată grija față de client prin acțiunile proprii.

Managerul trebuie să evalueze continuu fiecare din aceste domenii pentru a se asigura că principala prioritate a organizației sunt clienții.

A treia componentă esențială – echipa de lucru a angajaților. Pentru ca managementul calității să funcționeze în interiorul unei organizații de îngrijire a sănătății, toți angajații trebuie să fie motivați să lucreze în acest context. Spitalele de succes au trei mijloace comune pentru a ajuta angajații să lucreze într-o manieră a calității:

1. angajații au fost împuterniciți;
2. angajații au primit educație și instruire de calitate;
3. angajații lucrează în echipe.

A patra componentă esențială – implicarea înaltă a medicilor. Medicii, care asigură îngrijirea pacientului, trebuie să acorde sprijinul deplin administrației spitalului, când se implementează noi metode manageriale.

A cincea componentă esențială – folosirea unui model de proces recunoscut. Există multe modele bune. Acestea au o bază similară, dar diferă prin accentul și stilul lor. Managerii spitalelor de succes selectează sau creează un model bazat pe nevoile și caracterul organizației lor.

A șasea componentă esențială – alinierea departamentelor și sistemelor. Managementul calității este o parte importantă a tuturor departamentelor în spitalele de succes. Criteriul managementului calității trebuie să fie folosit pentru evaluarea anuală a fiecărui departament.

6.3.2. MODELELE DE PROCES ÎN MANAGEMENTUL CALITĂȚII

Modelele de proces sunt folosite de echipele de angajați în întregul spital. După ce a fost selectat modelul de proces specific pentru spital, angajații sunt instruiți în folosirea acestuia. Apoi, spitalele, de obicei, au câteva echipe de angajați, care folosesc acest model pentru aria diferitor probleme.

Se folosesc câteva modele de proces bune. Unul dintre cele mai răspândite este analizat în continuare. Organizațiile de îngrijire a sănătății folosesc modelele cele mai potrivite pentru ele. Toate modelele de proces au unele elemente comune:

- sunt procese continue;
- implică o performanță măsurabilă;
- evaluează performanțele;
- iau măsuri pentru îmbunătățire;
- evaluează rezultatele;
- folosesc efortul în echipă;
- furnizează date de încredere ce facilitează autoaprecierea.

Modelul în zece trepte pentru monitorizare și evaluare.

Acest model a fost proiectat special pentru spitale și este mijlocul recomandat de Comisia Unită pentru evaluarea și îmbunătățirea calității îngrijirii și serviciului în spitale.

1. Alocă responsabilitatea. Conducătorii la vârf ai spitalului, departamentelor clinice și manageriale trebuie să poarte responsabilitate pentru supravegherea și managementul calității.

2. Delimitează aria îngrijirii și serviciului. Revezi toate domeniile serviciilor pentru a determina zonele de prioritate pentru managementul calității.

3. Identifică aspectele importante ale îngrijirii și serviciului. Odată ce domeniile prioritare au fost stabilite, identifică toate aspectele îngrijirii din aceste domenii de prioritate. Selectează cele mai importante aspecte ale îngrijirii.

4. Identifică indicatori. Identificarea indicatorilor este un pas vital. Deși indicatorii nu sunt o măsură directă a calității, identificarea lor este esențială pentru măsurarea și monitorizarea calității.

5. Bazat pe indicatori, stabilește când să declanșezi o evaluare. Identifică momentul când trebuie inițiată o evaluare completă pentru fiecare indicator.

6. Colectează și organizează datele. Trebuie dezvoltat un plan pentru colectarea fiecărui indicator sau date. Acest plan de colectare a datelor trebuie să includă cine sunt colectorii datelor; ce surse folosesc pentru colectarea datelor, când va fi făcută colectarea; dacă eșantionarea va furniza date corespunzătoare; frecvența și stilul analizei și raportării datelor.

7. Inițiază evaluarea când s-a ajuns la limită. Revedeți cu atenție datele și hotărâți dacă ele indică probleme sau domenii în care este necesar să îmbunătățiți îngrijirea.

8. Întreprinde acțiuni pentru îmbunătățirea îngrijirii și serviciilor. În baza evoluării trebuie elaborate planuri de acțiune pentru îmbunătățirea îngrijirii și serviciilor.

9. Evaluatează eficiența acțiunilor și asigură ca îmbunătățirile să se mențină. După ce planurile de acțiune sunt realizate, evaluatează beneficiile și îmbunătățirile rezultate. Dacă există, elaborează un plan pentru continuarea acțiunii. Dacă rezultatele nu sunt cele scontate, revizuieste planul de acțiune.

10. Comunică rezultatele persoanelor și grupurilor interesante. Raportează atât rezultatele, cât și acțiunile luate din start persoanelor și conducătorilor organizației.

6.4. ARGUMENTE PENTRU IMPLEMENTAREA MANAGEMENTULUI CALITĂȚII ÎN SERVICIILE MEDICALE

Presiunea creșterii cheltuielilor.

- costurile îngrijirilor de sănătate cresc incontrolabil;
- este necesară alinierea cheltuielilor pentru sănătate cu evoluția PIB;
- nu se corelează cheltuielile pentru sănătate cu:
 - performanțele serviciilor medicale;
 - starea de sănătate a populației;
 - asigurările de sănătate sunt în deficit financiar cronic.

Cauze.

- economice (producție încă slabă);
- sociale;
- disproporție între forța de muncă angajată și pensionari, șomeri, copii etc.);
- apariția de noi patologii „scumpe” (SIDA);
- cresc patologiile legate de comportament (alcool, tutun, drog, SIDA);
- cresc cheltuielile indirecte: zile de muncă pierdute, indemnizații, diverse.

Presiunea finanțatorilor (plătitorilor).

- plătitorii de asigurări de sănătate – clienții externi vor să cunoască și să gestioneze mai bine ceea ce finanțează;
- casa de asigurări vrea să repartizeze mai bine resursele în raport cu volumul de activitate și criteriile de calitate ale serviciilor de sănătate;
- asigurătorii privați de boală folosesc caiete de sarcini și referențiale foarte exigente și responsabile.

Presiunea concurenței.

- deși sunt constrângeri economice, sectorul privat al serviciilor medicale este în plină dezvoltare;
- sectorul public al serviciilor medicale nu este protejat de concurența (concurența de activități, concurența de legitimați);
- sectorul public al serviciilor medicale trebuie să se restructureze (închideri, regrupări, fuziuni, transferuri etc.).

Presiunea demografică.

- populația îmbătrânește. În 1995 erau 2,7 mil. persoane peste 65 de ani, iar în 2000 numărul persoanelor de această vârstă constituia 3,2 mil.
- consumul de îngrijiri de sănătate la persoane de peste 80 ani este de trei ori mai mare decât la cei de 20-30 de ani;
- odată cu vârsta apar și cresc bolile neurodegenerative, tumorile, reumatismele, osteoporoza și consecințele ei, bolile cardiovasculare. Acestea solicită costuri de îngrijiri mai mari.

Particularitățile stării de sănătate.

- după 1989 sănătatea s-a deteriorat;
- recrudescența bolilor legate de sărăcie (bolile infecțioase);
- cresc bolile determinate de poluare și de obiceiurile nesănătoase (alcoolism, fumat, consum de droguri, alimentație dezechilibrată);
- cresc accidentele, traumatismele și intoxicațiile (otrăviri).

Presiunea mediatizării sănătății.

- mass-media bombardează populația cu știri senzaționale;
- pacienții revendică informații din domeniul sănătății publice;
- pacienții compară instituțiile și prestațiile medicale;
- pacienții sunt mai critici, mai conștienți de drepturile lor, mai avizați, mai educați, mai exigenți, mai revendicativi, mai neîncrezători;
- crește nomadismul medical (3-15%);
- crește numărul de procese intentate medicilor.

Presiunea contextului medico-legal.

- medicul este obligat să dea pacientului informațiile clare și potrivite cu riscurile legate de investigații și îngrijirile propuse;
- infecțiile nosocomiale atrag prezumția greșelilor în serviciile prestate;
- nu este de ajuns să probeze că au fost respectate regulile de prevenire a infecțiilor nosocomiale pentru a îndepărta responsabilitatea;
- medicul are obligația de a repara prejudiciul produs din culpă sau din întâmplare;
- introducerea sistemului calității limitează riscurile, asigură dovezile și trasabilitatea actelor întreprinse.

Constrângerile reglementare și necesitatea gestionării riscurilor.

– normele și reglementările naționale și europene îngrădesc sistemul de sănătate. Ele se referă la: sănătatea și securitatea persoanelor, condițiile de finanțare a localurilor, condițiile de igienă, siguranța alimentelor, farmacovigilență, lupta contra infecțiilor nosocomiale, sterilizare, securitatea anestezică, radioprotecție, deșeurile infecte de spital;

– orice activități medicale trebuie să se supună constrângerilor reglementare.

Presiunea decidenților.

– decidenții (Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor) simt nevoia introducerii sistemului calității pe palierele medico-tehnice și formalizarea lor printr-o recunoaștere externă oficială sub forma unei certificări de terță parte.

6.5. CRITERII MEDICALE DE EVALUARE

Sunt declarații elaborate ce pot fi folosite pentru aprecierea gradului de adecvare al deciziilor, serviciilor și rezultatelor îngrijirilor medicale specifice.

Criteriul este un element / atribut prestabilit care se utilizează în evaluarea calității și care frecvent este însoțit de o normă explicită sau implicită ori de un standard. Criteriul este un element descriptiv al performanței și comportamentului furnizorului de servicii sau al stării clinice a pacienților și reprezintă o situație satisfăcătoare, pozitivă sau excelentă.

Un criteriu trebuie să fie:

- obiectiv, verificabil și măsurabil (valid, reproductibil, sensibil), să ilustreze în detaliu standardul;
- specific ariei, să ofere o descriere clară a comportamentelor / acțiunilor și a situației / resurselor dorite și obținute;
- relevant măsurătorii pe care vrem să o întreprindem pentru evaluarea nivelului de performanță;
- clar, enunțat în termeni ce nu lasă loc interpretărilor;
- realizabil, evitând enunțările nerealiste privind performanța sau rezultatele;
- enunțat de clinicieni care sunt la curent cu ultimele noutăți din domeniu;
- acceptat de toți clinicienii;
- revizuit periodic pentru a oferi exemplul unei practici bune, bazată pe cercetările la zi;
- orientat spre toate aspectele statutului pacientului – fiziologic, psihologic și social.

Există 3 tipuri de criterii:

Criterii de structură – descriu resursele necesare realizării unui standard și se referă la:

- clădiri, mediu fizic;
- servicii auxiliare (farmacie, laborator, spălătorie, bucătărie etc.);
- echipament;
- personal: număr, instruire, calificare, experiență;
- informații, regulamente în vigoare.

Criterii de proces – descriu activitățile necesare atingerii standardului:

- evaluarea tehnologiilor și procedurilor;
- metode de îngrijire (număr de consultații, vizite, timp);
- metode de educație pentru sănătate a pacienților;
- metode de înregistrare a datelor medicale;
- modul de utilizare a resurselor;
- evaluarea competenței personalului.

Criterii de rezultat – descriu efectul îngrijirilor în termeni referitori la comportament, răspuns la tratament, nivel de cunoștințe și starea de sănătate a pacientului:

- rata de supraviețuire;
- rata externării;
- rulaj / pat;
- continuitatea îngrijirilor;
- satisfacția pacient / furnizor servicii.

În mod ideal, criteriile ar trebui să se refere la rezultate, dar având în vedere dificultățile și cheltuielile cu colectarea datelor referitoare la rezultate este frecvent nevoie să se apeleze la măsurători ale procesului sau ale structurii.

Standarde de calitate:

– o îngrijire bună arată gradul de complianță la un criteriu și prezintă nivelul de îngrijire, față de care se analizează performanța.

Pentru ca un standard să poată fi utilizat trebuie să fie:

- *măsurabil* – definit în termeni de nivel de performanță de realizat; dacă o afirmație nu se referă la o măsură, nu poate fi un standard;
- *enunțat clar* – ușor de înțeles de cei cărora li se adresează și în special de personalul nou venit; este ușor de realizat dacă personalul participă la clarificarea aspectelor legate de calitate și la formularea standardelor;
- *elaborat în termeni*, care să arate clar că este necesară luarea unei atitudini și adoptarea unui compartiment;
- *realizabil* – fixarea unor standarde prea înalte poate fi demoralizatoare.

Avantajul stabilirii standardelor:

- sunt elaborate și monitorizate de clinicieni;
- sunt dinamice și modificabile ca răspuns la schimbările intervenite în practică, resurse, descoperiri rezultate din cercetări;
- oferă posibilitatea discuțiilor în grup în cadrul procesului de elaborare a standardelor și de reevaluare a practicilor.

Documentele sistemului calității.

Realizarea și funcționarea unui sistem al calității necesită existența unor documente specifice, care sunt:

- manualul calității;
- proceduri de sistem;
- proceduri - instrucțiuni de lucru;
- planul calității;
- înregistrările calității.

1. ***În manualul calității*** – sunt prezentate politicile despre calitate, procedurile și practicile generale ale unității.

➤ MC este autorizat pentru implementarea calității și reprezintă un punct de referință în activitatea unității.

➤ MC are scopul principal de a stabili structura sistemului calității;

➤ MC nu trebuie să intre în detalii, acestea vor fi conținute în proceduri, instrucțiuni.

➤ MC nu are o structură standard, el este întocmit în mod adecvat pentru specificul fiecărei organizații.

➤ MC poate avea diferite niveuri de dezvoltare și se poate referi atât la calitate, cât și la asigurarea calității.

➤ MC face referiri la:

• politica în domeniul calității;

• responsabilități și atribuții;

• relații între persoanele care conduc, efectuează sau verifică activitățile ce influențează calitatea;

• procedurile și instrucțiunile sistemului de calitate;

• instrucțiuni pentru revizuirea, actualizarea și gestionarea manualului calității.

Difuzarea manualului calității se poate face selectiv, dacă este realizat pe module.

2. Procedurile scrise, numite și *proceduri documentate*, conțin:

• scopurile și domeniile de aplicare ale unei activități;

• ce trebuie să se facă și cine este responsabil;

• când, unde și cum să se efectueze activitatea;

• ce materiale, echipamente, documente se vor folosi;

• cum se controlează și se înregistrează activitatea.

Dacă elementele sistemului de calitate vizează mai multe compartimente, unul primește responsabilitatea elaborării procedurii, în timp ce pregătirea și revizuirea acesteia se face împreună de către compartimentele implicate.

Conținutul și structura procedurilor se stabilește în funcție de:

• mărimea unității;

• natura specifică a activității;

• amploare și structură cerute pentru manualul calității, completat cu procedurile elaborate.

În elaborarea manualului calității trebuie cuprinse atât instrucțiunile de lucru referitoare la personalul implicat în implementarea și asigurarea sistemului de management al calității, cât și înregistrările calității ce trebuie documentate.

3. Instrucțiunile de lucru – sunt informațiile, care sunt date personalului de la locurile de muncă. Acestea au rolul de a prezenta modul, în care se vor desfășura activitățile pe locul de muncă, precum și nivelul de calitate solicitat. Instrucțiunile trebuie redactate în termeni simpli, ușor de înțeles de către personalul cu nivel de cunoștințe scăzut.

Controlul instrucțiunilor diferă în funcție de natura lor.

4. În planul calității – sunt precizate „practicile, resursele și succesiunea activităților despre calitate specifice unui produs, serviciu, proiect sau contract”. Planul calității face referiri la secțiunile din manualul calității. În funcție de obiect, planul se poate numi: plan de management al calității, plan de asigurare a calității, etc. Planul de calitate trebuie să reflecte cerințele sistemului de calitate referitoare la produs, servicii, proiecte sau contracte. În standardele SR-ISO sunt recomandate o serie de elemente ce trebuie definite prin planul calității:

- obiectivele ce trebuie atinse;
- fazele proceselor necesare realizării produsului/serviciului;
- atribuirea responsabilităților pentru toate fazele de elaborare a produsului;
- procedurile și instrucțiunile de lucru;
- programul de încercări, examinări, audit;
- o procedură scrisă referitoare la modificările făcute în planul calității;
- o metodă care să permită determinarea gradului de realizare a obiectivelor;
- alte instrucțiuni.

Toate compartimentele unității implicate în activități ce pot influența calitatea produsului îndeplinesc sarcini bazate pe practici sau tradiție. Maniera în care trebuie să se desfășoare fiecare tip de activitate este necesar să fie prezentată într-o procedură sau regulament al compartimentului (în care este descrisă modalitatea de punere în practică a obiectivelor de calitate.

5. Înregistrările calității – sunt materiale, care fac dovadă gradului de satisfacere a condițiilor de calitate și pot fi înregistrări de calitate pentru produs și înregistrări privind funcționarea sistemului de calitate.

Înregistrările referitoare la calitatea produselor conțin următoarele materiale:

- specificații pentru produs;
- specificații pentru subansambluri și materiale intrate în unitate;
- rapoarte privind controlul și recepția materialelor;
- înregistrări ale materialelor neconforme cu normele și standardele stabilite;
- înregistrări ale reclamațiilor;

În funcție de procedurile organizației există câteva tipuri de înregistrări ale calității:

- registre;
- fișe cu rezultatele unor măsurători;
- buletine de analiză a materialelor;
- referiri la acțiunile de tratament;
- date referitor la confirmări;
- documente de certificare, atestare, etalonare;
- rapoarte la costurile calității.

6.6. CICLUL PEVA

Ciclul PEVA este al treilea principiu de bază în Managementul Calității:

- I. Satisfacția beneficiarilor.
- II. Gestionarea prin fapte.
- III. Ciclul Planifică - Efectuează – Verifică – Acționează.
- IV. Respectul față de oameni

Acest ciclu a fost propus de către savantul W.A. Shewhart în anul 1931 pentru controlul economic al calității produselor fabricate.

Unde putem întâlnim acest Ciclul PEVA?

În primul rând el are origini în cibernetică: știința controlului. În al doilea rând, în organisme biologice, în biosfera Pământului.

Prin acest ciclu se efectuează selectarea indivizilor capabili de adaptare la efectele din exterior. În absența lor apare disfuncția prezentă sub formă de „boală”. În al treilea rând în organisme create de om (organizație: de ex. spital). Necesită,

de asemenea, reglementare: formalizare, structurare ierarhică. Prin acest organism creat de om este necesară o condiție: stabilitate. Tranziția se desfășoară încet, noile generații pornesc schimbările. Din cauza creșterii schimbărilor survenite din exterior, un management de tip tradițional nu mai satisface cerințele interne și externe. Astfel apare întrebarea: „Cum, în condiții noi, să păstrăm calitatea serviciilor medicale acordate populației?”

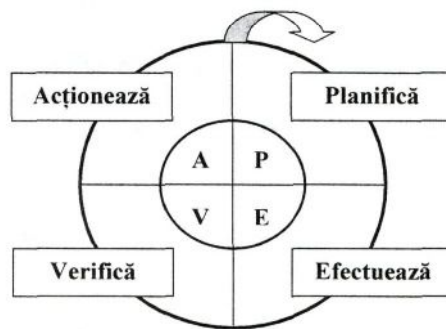


Figura 26. Ciclul PEVA

Pentru a răspunde la această întrebare ne ajută „Ciclul PEVA” (figura 26). Acest ciclu stă la bază și sprijină îmbunătățirea continuă a calității:

- Este simplu și corespunde modului, în care acționează oamenii.
- Furnizează un limbaj comun și un model clar.

Schema Ishikawa sau „Ciclul PEVA” a fost propusă în 1953 de către profesorul universității din Tokio Kaoru Ishikawa. Ea e cunoscută la fel și sub denumirile „diagrama cauză - efect” (cause and effect diagrama) și „metoda scheletului

piscicultor” (fishbone analysis). Schema reprezintă o sistemă de vectori și simboluri, care ne ilustrează dependența dintre cauza și efectul unor evenimente. Grupele calitative determină cu ajutorul ei cauzele defectelor apărute și propun căile de înlăturare. Această schemă se utilizează în toate domeniile de activitate a grupelor calitative. Mai sus a fost indicat, că lucrul calitativ al acestei grupe mult depinde de concordanța condiționată de patru factori:

- alegerea lucrătorilor buni
- prezența unui meșter bun
- buna concordanță dintre conducător și subordonatori
- buna atmosferă de lucru

Factorii numiți joacă un rol mare în „îmbunătățirea relațiilor interpersonale” în orice colectiv.

Aprecierea acestor factori se efectuează după următorii parametri:

I. Lucrător bun: tendință de colaborare, sentimentul răspunderii, dorința de a munci, buna dispoziție, colaborare, concurență.

II. Învățător bun: putința de a asculta pe alții, de a studia, a putea concura, de a fi corect, de a putea să te pui în locul subordonatului, de a fi devotat, tendința spre soluționarea unor scopuri comune.

III. Relație normală între conducători și subordonați: discuții comune ale unor probleme, respectul stimei fiecăruia, tactica examinării unor probleme, atenția cuvenită față de părerea interlocutorului.

IV. Buna atmosferă de lucru: dispoziție sufletească, relații bune cu întreprinderile (instituțiile conexe), concordanță în acțiuni, securitatea muncii, prezența relațiilor echitabile, locul de muncă – locul, care te pasionează, atmosferă plăcută.

Construirea diagramei „Cauză-efect” sau „Osul de pește”.

1. În partea dreaptă a paginii desenați un patrulater, în care înscrieți problema (efectul) examinată.

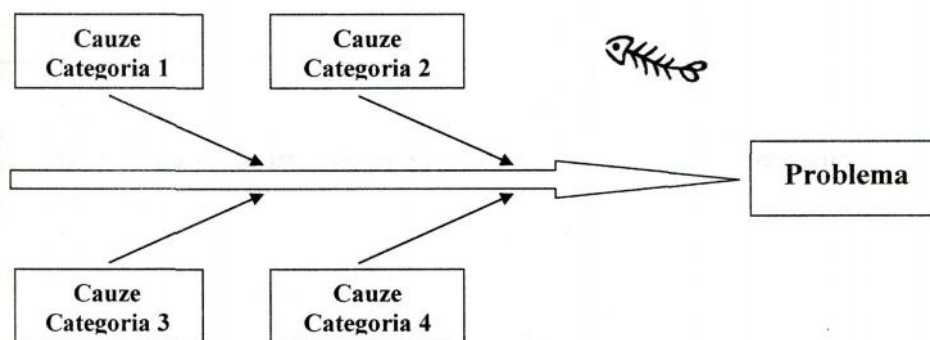


Figura 27. Diagrama „Osul de pește”

2. Desenați o săgeată orizontală către patrulaterul cu descrierea problemei.
3. Desenați mai multe săgeți către săgeata orizontală (principală) și numiți-le prin categorii ale cauzelor mai importante (figura 27).

Determinarea categoriilor din “Osul de pește”.

În primul rând determinăm unele generice – personal, metode, mașini, materiale, management, mediu.

În al doilea rând este un proces – împartă procesul în grupe majore de activități.

În al treilea rând duce la generarea de idei – echipa generează cauzele majore a problemei, apoi organizează ideile în categorii principale.

I. UTILITATE.

- Ajuta echipele să ajungă la o înțelegere comună a problemei.
- Descoperă golurile existente în cunoștințe.
- Direcționează echipele în domeniile de intervenție, care ar putea soluționa problema.
- Simplu în utilizare.

II. VERIFICARE.

În acest subcompartiment este necesar de a colecta și a analiza datele pentru verificarea celor planificate. – Ce a mers bine și ce nu a mers, și permanent trebuie să răspundem la întrebarea: „Sunteți aproape de scopul planificat?”

III. EFECTUARE.

Este necesar să fie elaborat un plan de acțiuni - descrierea procesului. Ca instrument se utilizează matricea de contramăsuri (figura 28).

Dacă pregătirea matricei de contramăsuri continuă prin implementarea sau realizarea celor planificate, vedeți cum derulează lucrurile.

IV. ACȚIUNE.

Pe baza analizei rezultatelor implementării, acționați respectiv pentru îmbunătățirea procesului.

„Ciclul PEVA” are următoarele oportunități:

- Formularea și descrierea problemelor.
- Clarificarea originilor.

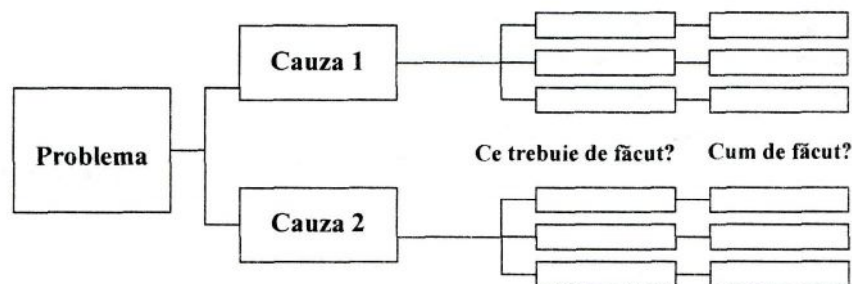


Figura 28. Matricea de contramăsuri

- Găsirea soluțiilor optime.
- Soluția permanentă, dacă ne reîntoarcem ca să facem corectări.

Sunt cunoscute următoarele tehnici de implementare:

- Trebuie să fie parte a strategiei instituționale.
- Totul depinde de motivație.
- Trebuie să fie subliniat, care este pasul următor.
- Să fie ilustrat progresul.
- Necesitatea unui angajament de durată, în caz contrar, se stopează imediat după acreditare/audit.
- Pași mici, dar cu succes.

Avantajele utilizării „Ciclului PEVA”:

- Acuratețe și progresivitate (ierarhizarea pașilor, obiectivele trebuie să fie realiste).
- Control și feedback (până a întreprinde următorul pas).
- Implicarea participanților.
- Comunicarea, publicarea rezultatelor, transmiterea succesului și a altor părți ale organizației.