***PROIECT DE MANAGEMENT***

***Imbunatatirea calitatii serviciilor medicale oferite prin echipe mobile si vizite la domiciliu – activitate conexa la cea spitaliceasca***

## *I. ARGUMENT*

"*Serviciile de sănătate mintală reprezintă mijloacele prin care sunt implementate intervenții eficiente care vizează sănătatea mintală. De felul în care sunt organizate aceste servicii depinde în bună măsură eficiența lor și atingerea obiectivelor incluse în strategia de sănătate mintală*". (OMS 2003)

Proiectul de management al Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret, se dorește a fi unul sistemic, integrat în mișcarea comunitară de psihiatrie socială și un produs al multiplelor experiențe europene prin care a trecut instituția sus menționată, angajații și beneficiarii ei. Astfel fiecare capitol al acestui proiect, fără a se dori a fi un demers exhaustiv, se dorește o definire de concept, o particularizare de problemă, identificare de soluții și plan de rezolvare a acestor soluții. Eficientizarea unui subsistem trebuie gândită în complexitatea sistemului și nu ca parte izolată a sa.

Serviciile de sănătate mintală, de tip instituțional, constituie o mică parte a sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală, iar modernizarea, eficientizarea și creșterea calității acestora poate deveni un subiect superficial sau chiar inutil dacă nu privim în ansamblu serviciile de sănătate mintală și modul optim cu care spitalul poate interacționa. Din aceste considerente, abordarea va fi una istoric – sistemică, dorindu-se nu descrierea, ci înțelegerea spitalului ca parte a sistemului, ca generator de soluții și de probleme, și individualizată pe realitățile Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret.

## *II. CELE 3 PERIOADE ALE ÎNGRIJIRILOR ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE (SAU UNDE NE AFLĂM ȘI CUM AM AJUNS AICI?)*

Serviciile de sănătate mintală (luând ca zone definitorii Europa și America de Nord) au cunoscut o evoluție similară, ce a fost studiată comparativ de mai mulți teoreticieni ai sistemului medical care au reușit să ajungă la un consens în ceea ce privesc principalele perioade de reformă. În general se vorbește despre trei mari etape în evoluția îngrijirilor în sănătate mintală (Jones, 1972; Scull, 1979; Levine, 1981; Grob, 1991). Voi întreprinde o simplă enumerare a caracteristicilor fiecărei perioade pentru a putea identifica unde se află sistemul serviciilor de specialitate în România și, mai ales, în Siret.

***Etapa 1 – dezvoltarea ospiciului – 1880 – 1950***

- Se construiesc aziluri;
- Crește numărul de paturi;
- Rolul redus al familiei;
- Investiții exclusive publice în instituții;
- Personal exclusiv medical (medici, asistente și infirmieri);
- Centralizarea serviciilor din punct de vedere geografic;
- Nediferențierea pacienților în funcție de cazuistica psihiatrică, socială, gen, implicații comunitare, statut socio-economic;
- Număr crescut de incidente de malpraxis, abuzuri;
- Transparența minimă a serviciilor oferite.

***Etapa 2 – declinul ospiciului, începutul psihiatriei sociale – 1950 - 1980***

- Azilurile sunt neglijate;
- Scade numărul de paturi;
- Crește rolul familiei fără a fi pe deplin recunoscut;
- Investiții publice în servicii de sănătate mintală;
- Apar specialitățile de psiholog clinic, terapeut ocupațional și asistent/lucrator social;
- Apar tratamente eficiente, începe evaluarea tratamentelor și standardizarea sistemelor de diagnostic;
- Crește influența psihoterapiei individuale și de grup;
- Focalizare asupra controlului farmacologic și resocializării;
- Pacienții cu mai puține dizabilități sunt externați din aziluri;
- Azilurile dezvoltă o responsabilitate diferențiată pentru pacienții pe termen lung perturbați din punct de vedere comportamental sau neresponsivi la tratament precum și față de handicapații mintal;
- Se înființează secțiile specializate pe forensic;
- Apar secțiile de psihiatrie în spitalele generale pentru pacienții acuți;
- Apar serviciile de zi și centrele de zi;
- Se înființează ateliere protejate și alte facilități de reabilitare comunitare.

***Etapa 3 – Reforma serviciilor de sănătate mintală – Din aproximativ 1980 până în prezent***

- Scade numărul de paturi pentru pacienți în instituții specializate pentru spitalizarea pe termen lung;
- Descentralizarea serviciilor spitalicești, inclusiv a celor de sănătate mintală;
- La nivel regional se păstrează serviciile specifice de forensic;
- Elaborarea de strategii naționale și regionale în domeniul sănătății mintale;
- Crește numărul centrelor și echipelor comunitare de sănătate mintală;
- Înființarea de facilități rezidențiale nespitalicești la nivel local și regional;
- Creșterea abordărilor multidisciplinare destinate pacienților: medical, social, educațional;
- Crește accentul pus asupra intervențiilor secundare ale recăderii și a îmbunătățirii calității vieții;
- Psihoterapie centrată pe date.

Din analiza istorică și geografică putem constata faptul că Spitalul de Psihiatrie din Siret a parcurs cu succes cele două faze istorice de dezvoltare a serviciilor în domeniul sănătății mintale. Chiar dacă a doua fază nu este epuizată, pașii făcuți în această direcție sunt constanți și progresivi, făcând din instituția sus menționată o instituție etalon în ceea ce privesc serviciile de psihiatrie socială din România. Având în vedere cele menționate mai sus ne putem permite a formula:

***III. MISIUNEA MANAGERIALĂ A SPITALULUI –*** constă în transformarea treptată, rațională, bazată pe fapte, a instituției spitalicești în instituție comunitară de abilitare și reabilitare a beneficiarilor prin: participarea activă la constituirea unei reforme reale în domeniul sănătății mintale; evaluarea beneficiarilor în funcție de abilități și potențial, formarea personalului în domeniul psihiatriei comunitare, identificarea de soluții sistemice la nivel comunitar împreună cu autoritățile locale și promovarea acestui proces la nivel național.

***III.1. Funcțiile și Scopurile serviciilor spitalicești***

Realizarea acestei misiuni depinde de promovarea, dezvoltarea și respectarea funcțiilor serviciilor de sănătate mintală. Aceste funcții se manageriază cel mai bine la nivel regional și local și sunt:

- Să primească informații de la nivel local (acționând atât ca detector de probleme cât și ca monitor de tendințe în domeniu);
- Să adune date pentru a analiza problemele particulare dar și pentru a examina relațiile dintre acestea (de exemplu: abuzul de alcool și violența);
- Să prioritizeze problemele;
- Să participe activ la crearea unei strategii naționale în domeniul sănătății mintale și să dezvolte un plan concret de punere în practică a acesteia (incluzând exemple de bună practică);

- Să operaționalizeze obiectivele strategiei sub forma datelor concrete de la nivelul instituției spitalicești.

***Scopurile serviciilor spitalicești*** – la nivel local:

- Furnizarea de servicii de sănătate mintală care dețin grade rezonabile de calitate, amploare și acoperire a populației;
- Participarea la coordonarea programelor de intervenții preventive selective și recomandate (de exemplu participarea la programul de screening a depresiei împreună cu medicii de familie, sau colaborarea cu echipa mobilă a DGASPC în domeniul copiilor cu nevoi speciale);
- Colaborarea deschisă cu alte organizații locale, de stat sau ONG-uri, pentru a furniza împreună o rețea eficientă de servicii comunitare de sănătate mintală (de exemplu operaționalizarea protocoalelor de colaborare cu instituții publice – Primărie, Liceu, Casa de Cultură, etc – sau fundații din domeniul sănătății mintale de la nivel local, regional și național);
- Monitorizarea activității serviciilor având ca scop identificarea tendințelor, îmbunătățirea îngrijirilor și intervenții ulterioare specializate.

Scopurile serviciilor spitalicești – la nivelul pacientului:

- Să reducă suferința pacientului și a familiei;
- Să promoveze atât însănătoșirea cât și restabilirea competenței sociale (Goldberg și Huxley, 1992)

Principiile funcționării serviciilor de sănătate mintală în contextul psihiatriei sociale și comunitare.

În general principiile au un caracter quasi-general și se regăsesc în diverse declarații cu caracter politic și militant. În ciuda acestor abstracțiuni este necesar să subliniem că reforma în domeniul sănătății mintale, inclusiv în unitățile spitalicești trebuie să respecte, pe lângă legislația în vigoare (Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată; Legea nr. 487/2002 Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată cu modificările și completările ulterioare, etc.) și declarații și acorduri internaționale, cum ar fi:

- Declarația ONU privind drepturile universale ale omului;
- Declarațiile Asociației Mondiale a Psihiatrilor;
- Convenția ONU împotriva torturii și a altor tratamente inumane;
- Rezoluția 46\119 a ONU privind protecția persoanelor cu boli psihice și îmbunătățirea sănătății mintale;
- Convenția ONU privind persoanele cu dizabilități – ratificată de toate statele membre ale UE, inclusiv România, prin care se instituie și mecanismul de monitorizare a implementării acestei convenții.

În același timp, Organizația Mondială a Sănătății, prin subdiviziunea sa dedicată sănătății mintale a elaborat un document din care reies mai multe principii considerate fundamentale în acordarea asistenței de sănătate mintală (Division of Mintal Health and Prevention of Substance Abuse, WHO, 1996). Aceste principii sunt descrise mai jos, sub forma unui tabel, având ca și criteriu descentralizarea.

| Nivelul geografic | Principiul OMS de bază |
|---|---|
| Național sau Regional | • Promovarea sănătății mintale și prevenția tulburărilor mintale;<br>• Respectarea legilor. |
| Local | • Accesul la asistența esențială de sănătate mintală;<br>• Disponibilitatea procedurilor de revizie;<br>• Mecanism automat de reevaluare periodică;<br>• Decident calificat. |
| Pacient | • Evaluarea sănătății mintale în concordanță cu principiile acceptate internațional;<br>• Furnizarea alternativei celei mai puțin restrictive;<br>• Autodeterminare;<br>• Dreptul de a fi asistat în exercitarea autodeterminării. |

Având în vedere cele prezentate mai sus, cât și necesitatea dezvoltării de servicii comunitare de sănătate mintală, asociația MIND (National Association for Mintal Health, parte a NHS) a dezvoltat 10 principii. Acestea trebuie abordate și aplicate diferențiat, astfel încât să răspundă nevoilor locale instituționale și personale.

- Serviciile trebuie să fie locale și accesibile și, în cea mai mare măsură posibil, furnizate în mediul obișnuit al persoanei;
- Serviciile trebuie să fie comprehensive și trebuie să se adreseze diversității de nevoi ale persoanei;
- Serviciile trebuie să fie flexibile, fiind disponibile oricând și pentru orice durată de timp. Trebuie să existe o gamă de modele complementare, care să pună opțiuni la dispoziția persoanei;
- Serviciile trebuie să fie orientate către beneficiar, adică să fie fundamentate pe nevoile acestuia și nu pe cele ale instituției;
- Serviciile trebuie să dea putere (empower) beneficiarului folosind și adaptând tehnici terapeutice care să dea beneficiarilor posibilitatea de a-și îmbunătăți abilitățile și de a-și păstra controlul cât mai deplin cu putință asupra propriei vieți;
- Serviciile trebuie să fie adecvate din punct de vedere rasial sau cultural, incluzând instrumente de evaluare adecvate cultural, cât și personal local pregătit în consecință;
- Serviciile trebuie să se concentreze pe punctele tari ale beneficiarilor și trebuie clădite pe abilitățile și aspectele pozitive ale pacienților. Aceștia nu trebuie încurajați să adopte rolul de bolnav, iar serviciul nu trebuie încurajat să dezvolte un mediu organizat în jurul bolii permanente și al expectațiilor reduse;

- Serviciile trebuie normalizate și trebuie să încorporeze sprijin natural în mediul cel mai puțin restrictiv cu putință. Facilitățile obișnuite de muncă, educație, loisir și suport din comunitate trebuie folosite cu precădere, în dauna dezvoltărilor specializate;
- Serviciile trebuie să satisfacă nevoile speciale acordând o atenție deosebită persoanelor cu dizabilități sau celor fără domiciliu, deținuților, etc
- Serviciile trebuie să fie verificabile atât de către consumatori cât și de către specialiști și îngrijitori. În același timp, ele trebuie evaluate pentru a asigura continua lor adecvare, acceptare și eficiență în funcție de parametri comun acceptați.

### *III.2. Riscurile externe implicate de reforma în Sănătate Mintală*

Ca orice reformă, aceasta implică și o sumă de riscuri care, nefiind luate în seamă, pot transforma aceste servicii într-o mega-instituție, axată pe servicii în sine și nu pe beneficiar, pe nevoile acestora și pe satisfacerea lor în comunitate. Principalele riscuri și bariere identificate sunt:

- ***Lipsa unui training adecvat*** pentru profesioniștii care lucrează în sănătate mintală – la începutul anilor 70 au demarat pe scară largă, în special în centrele comunitare înființate în SUA, programe de reabilitare psihiatrică. Profesioniștii care lucrau în aceste centre aveau o formare tradițională și nu au fost pregătiți să urmeze și să promoveze o nouă paradigmă de îngrijire (Stern and Minkoff 1979). Începutul centrelor comunitare în Statele Unite s-a confruntat cu un paradox major în care populația cu nevoile de îngrijiri cele mai crescute nu era admisă, sau era admisă limitat în aceste centre. Astfel pacienții psihotici cronici dezinstituționalizați erau considerați ca nepotriviți pentru oferta centrelor comunitare. Profesioniștii din aceste centre, la acea oră, erau reprezentanți din consilieri sau psihoterapeuți de orientare psihodinamică, orientare cu slabe rezultate pentru acest tip de pacienți. Studiile asupra curriculumului formării elevilor de liceu în domeniul psihologiei și în domeniul psihoterapiei, desfășurate în anii 1990 (Halter, Bond, deGraf, Kaser, 1992; Pratt și colab, 1999) au arătat că în manualele de liceu este acordat un spațiu mai mare prezentării lobotomiei și spitalelor de psihiatrie, de exemplu, decât problematicii reabilitării psihosociale. În cazul studiilor superioare accentul cade pe modelul psiho-dinamic sau cognitiv-comportamental, ignorând de multe ori problematica psihosocială a tulburărilor mentale.
- ***Lipsa de asertivitate și de informare în rândul posibililor beneficiari, sindromul instituționalizării*** **–** La începutul programelor de asistență comunitară, beneficiarii serviciilor de tip azilar nu reușeau să convingă specialiștii că demersurile de îngrijire comunitară aveau succes. Astfel, persoanele cu tulburări cronice erau repartizate unor programe mai puțin intensive unde responsabilii aveau un nivel de formare mai scăzut (Farkas, O'Brian și Nemec, 1988). Pe de altă parte sindromul instituționalizării, atât de prezent la beneficiarii Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret se manifestă printr-o dependență crescută a beneficiarilor față de instituțiile de sănătate mintală. Acești pacienți dificil de plasat (difficult to place) – reprezentând aproximativ 15% din totalul pacienților spitalelor psihiatrice anterioare dezinstituționalizării – pun o serie de probleme care au dus la o schimbare de perspectivă în ceea ce privește dezinstituționalizarea totală (trieman and leff, 1996). Astfel, în Marea Britanie, propunerea TAPS (team for the Asement of Psychiatric Services) din cadrul NHS (Leff, 1993; Leff și colab 1944) este de a crea facilități rezidențiale închise pe termen mediu sau lung ca alternativă la serviciile exclusiv

spitalicești, dar care să fie situate în interiorul comunității și care să promoveze un climat mai destins și unde să existe un personal mai numeros decât în unitățile spitalicești obișnuite.

- ***Prezența cercurilor de alienare comunitară și a sindromului ușii rotative*** **–** facilitățile de reabilitare psiho-socială pot să devină ele însele un sistem instituțional închis, constituind ceea ce s-ar putea numi un cerc de alienare comunitară (Gaglione și Horassius, 1991). Beneficiarul își reduce uneori existența la frecventarea diferitelor facilități comunitare, putând apărea o nouă formă de cronicizare. Nesatisfacerea optimă a nevoilor de îngrijire psihosocială, dar și psihiatrică, poate duce la apariția sindromului ușii rotative, conform căruia dezinstituționalizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală și aducerea lor în comunitate nu duce, în unele cazuri, decât la înlocuirea unor internări de lungă durată în secții de cronici cu internări și externări succesive și frecvente în facilitățile spitalicești ale sistemului comunitar.

### *III.3. Riscurile interne implicate de îngrijirile în sistemul de sănătate mintală*

Parte a activităților zilnice a tuturor celor implicați în serviciile de sănătate mintală este managementul riscului. Riscul este deseori perceput ca un proces negativ, iar consecința acestei percepții este că „*atât indivizii cât și organizațiile abordează evaluarea și managementul riscului din perspectiva fight or flight. Prima dintre atitudini reprezintă o supraevaluare, o rigiditate sau un control excesiv vizând identificarea riscurilor chiar și acolo unde nu există. Cea din urmă atitudine implică evitarea, complacerea, minimizarea sau negarea riscului. Anxietatea sau alte emoții pot exercita o influență semnificativă asupra evaluării sau managementului riscului și aplicarea acestora în strategii sau politici*" (o'Rorke and Bailes, 2006) ".

Patru arii relevante ale riscului au fost identificate și descrise în ceea ce privește îngrijirea persoanelor și problemele de sănătate mintală:

- Vulnerabilitatea. Beneficiarul poate fi expus unor riscuri sau răniri datorită unor factori interni sau externi (naivitate, negativitatea familiei, presiunea socială sau comunitară, sărăcia, lipsa unei locuințe, etc)

- Auto-rănirea, suicidul. Beneficiarul se poate afla în riscul de a se răni pe sine, de a-și provoca rău sau de a se sinucide în mod intenționat.

- Instabilitatea mintală. Beneficiarul poate reprezenta un risc față de sine sau față de ceilalți prin lipsa stabilității și predictibilității propriilor acțiuni, în relație cu halucinațiile sau alte fenomene psihotice de risc.

- Riscul față de ceilalți. Beneficiarul poate constitui un risc în a-i răni pe ceilalți sau a încuraja rănirea celorlalți.

În fața acestor arii ale riscului se impune o abordare multidisciplinară. Identificarea și evaluarea riscului nu este atributul sau sarcina unei singure profesii, ea căzând în atribuția echipelor multidisciplinare, profesionistului din domeniul sănătății mintale fiindu-i imposibil să lucreze izolat, în sistemul actual. (O'Rourke and Hammond 2005)

Abordarea clinică a riscurilor în domeniul sănătății mintale are loc sub forma unui proces care trebuie să ducă la operaționalizarea evaluării riscului și adresarea acestuia sub forma unor proceduri specifice aflate la îndemâna tuturor specialiștilor din domeniu. Bunul management al

riscului este același lucru ca și buna practică clinică și trebuie să fie parte integrantă a practicii clinice cotidiene. (ORourke, 2003; Morgan 2007).

Managementul riscurilor clinice este un proces în patru pași:

- Identificarea riscului ia în considerare patru parametri esențiali:
    - Istoricul persoanei sau situației;
    - Istoricul clinic;
    - Dispoziția;
    - Contextul.
- Analiza riscului – este definită ca un proces sistematic prin care este înțeleasă natura riscului și se deduce nivelul acestuia. Analiza pune o mare importanță pe prevenție, dar îl situează la nivel contextual: personali, clinici, socio-familiali.
- Evaluarea riscului – este etapa similară formulării riscului și include examinarea naturii, severității, iminenței și prevalenței riscului. Evaluarea riscului reprezintă o parte importantă a deciziilor clinice ce urmează a fi luate de specialiști.
- Tratarea riscului – Planul managementului clinic al riscului. Acest plan este rezultatul intervenției echipei multidisciplinare în parteneriat cu beneficiarul. Acest plan va fi continuu revizuit și modificat pe măsură ce circumstanțele se schimbă.

## *IV. PREZENTAREA GENERALĂ A SPITALULUI*

Identificarea problemelor principale - pe baza fundamentelor teoretice prezentate mai sus.

Orașul Siret este cunoscut de foarte mult timp ca o localitate în care foarte mulţi bolnavi psihici, de la cele mai fragede vârste, şi-au găsit „o casă”. În prezent Spitalul de Psihiatrie Siret este „moştenitorul” fostului Spital de Neuropsihiatrie Infantilă Siret, unde, pe lângă problematica de specialitate, trebuie menţionat că majoritatea beneficiarilor nu au familie, nu au rude, nu cunosc altceva decât viaţa din instituţie, nu au muncit niciodată şi nu au făcut şcoală.

Datorită condiţiilor din sistemul rezidenţial şi a perioadei îndelungate de instituţionalizare, pacienţii au dificultăţi în ceea ce priveşte dezvoltarea şi recuperarea afectivă, cognitivă, adaptarea şcolară şi socială a lor. De asemenea, şansele de reintegrare în comunitate sunt extrem de reduse, datorită, în special, **izolării** pe care societatea o manifestă faţă de această categorie de beneficiari. În prezent, spitalul are în structură 210 paturi, împărţite astfel:

Secţia Psihiatrie Cronici I: 50 paturi, din care 15 paturi acuţi;

Secţia Psihiatrie Cronici II: 160 paturi, din care 15 spitalizare de zi.

**Analiza activității Compartimentului de Prevenire si Limitare a**

**Infectiilor Asociate Asistentei Medicale, <u>ANUL 2024</u>**

**Scopul întocmirii analizei:**

Analiza de față urmărește:

- Evidentierea activitatii CPIAAM pe baza inscrisurilor compartimentului, implicarea managementului si a personalului sanitar, asumarea problemelor evidentiate, propunerea metodelor de eliminare / imbunatatire a acestora, masurile elaborate pentru evitarea si corectarea erorilor, nivelul de raportare a IAAM si a evenimentelor adverse asociate asistentei medicale.
- Prezentarea rezultatelor autocontrolului bacteriologic efectuat in unitatea sanitara, cu intocmirea hartii florei microbiene specifice sectiei / compartimentelor (circulatia acestora in unitate).
- Verificarea eficientei si eficacitatii procedurilor operationale de curatenie si dezinfectie.
- Controlul sterilitatii dispozitivelor medicale si a materialului moale cu scopul prevenirii aparitiei IAAM.

**Set de date:**

Datele cuprinse în raport sunt preluate din surse interne ale spitalului:

- fisele cazurilor confirmate de IAAM – completate de catre medicii curanti din sectii /compartimente;
- rezultate probe biologice ale pacientilor internati puse la dispozitie de catre de Laboratorul de microbiologie;
- FOCG puse la dispozitie de catre sectii/compartimente;
- fise de monitorizare a respectarii procedurilor elaborate si implementate de catre CPIAAM;
- rezultatele bacteriologice puse la dispozitie de catre de Laboratorul de microbiologie in urma recoltarii probelor de autocontrol;

*Analiza acestora se face prin comparare si masurare si aplicarea de formule din care sa rezulte procentajul indicatorilor monitorizati.*

**Indicatori stabiliti/urmariti**:

- nr. cazuri suspectate de IAAM;
- evolutia incidentei IAAM;
- nr. cazuri de IAAM cu microorganisme multirezistente;
- cazurile diagnosticate cu infecții de plagă.
- număr cazuri cu infecții respiratorii după endoscopie traheobronșică per număr cazuri la care s-au efectuat endoscopii traheobronșice;

-număr cazuri cu infecții respiratorii după protezare respiratorie per număr cazuri protezate respirator;

- număr cazuri cu infecții ale tractului urinar după manevre invazive pe căile urinare per număr cazuri la care s-au efectuat manevre invazive;
- număr cazuri cu infecții respiratorii asociate asistentei medicale per număr cazuri internate;
- număr cazuri cu infecţii de plagă operatorie per număr cazuri operate;
- număr cazuri de infecţie asociate asistentei medicale determinate de Enterobacterii şi bacili Gram negativi nefermentativi cu rezistenţă la carbapeneme per total cazuri de infecţie nosocomială;
- număr cazuri de IAAM determinate de Enterobacterii şi bacili Gram negativi producătoare de ESBL per total cazuri de IAAM depistate;
- număr cazuri de IAAM determinate de Clostridium difficile per total cazuri de IAAM depistate;
- număr cazuri de IAAM determinate de bacterii din specia Enterococcus per total cazuri de IAAM depistate;
- număr cazuri de IAAM determinate de genul Candida per total cazuri de IAAM depistate;
- rezultatelor autocontrolului microbiologic al lenjeriei.
-număr probe sanitaţie mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitaţie mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.

- monitorizari cu privire la respectarea curateniei si dezinfectiei;
- monitorizari cu privire la circuitul lenjeriei si efectelorin unitatea sanitara
- monitorizari cu privire la respectarea precautiunilor standard
- monitorizari cu privire la respectarea procedurii managementul deseurilor medicale
- monitotrizari cu privire la respectarea protocoalelor de catre asistentii medicali

**Analiza cazurilor suspectate de IAAM în anul 2024:**

În anul 2023 , personalul medical in baza definitiilor de caz au suspicionat un numar de 26 infectii asociate asistentei medicale. Repartiția pe secții a fost următoarea :

| Nr. crt | Secția / compartiment | Nr. cazuri | Incidența IAAM |
|---|---|---|---|
| 1 | Secția Cronici I | 10 | 1.57 % |
| 2 | Secția Cronici II | 16 | 37.20% |
| Nr. Total cazuri IAAM | | 26 | 3.84% |

CPIAAM a răspuns prompt la informatia primita din sectii/compartimente si a initiat ancheta epidemiologica pentru cele 26 cazuri suspecte.

In concluzie, în urma anchetelor epidemiologice efectuate de către medicul coordonator CPIAAM , **cele 26 cazuri inițial suspecte, identificate și raportate prin supraveghere epidemiologica pasivă,** au fost clasificate conform definițiilor de caz, după cum urmează:

IAAM pe secții / compartimente /agenți patogeni :

| Nr. crt. | Secții / compartimente | Infectii cu *Clostridium difficile* | Infectie SARS-COV-2/tip respirator | Infectie tip urinar | Infectie tip auricular | Infectie tip tegumentar | Nr . IAAM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sectia Cronici I | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 2 | Sectia Cronici II | 0 | 11 | 3 | 1 | 1 | 16 |
| | **Total IAAM** | **0** | **21** | **3** | **1** | **1** | **26** |

S-a intervenit operativ prin izolarea cazurilor suspecte / confirmate și supravegherea zilnică a contacților direcți.

In vederea depistarii active a cazurilor de IAAM nediagnosticate, neraportate de către personalul medical, CPIAAM a verificat prin sondaj foile de observație clinică generală. In urma verificarilor efectuate și a monitorizării rezultatelor bacteriologice de laborator nu au fost identificate infectii nediagnosticate, neraportate. **Nu s-au inregistrat IAAM cu agenti patogeni ESBL, MDR, CRE.** Nu s-au inregistrat IAAM de plaga.

**Analiza incidenței IAAM în anul 2024:**

In urma analizei datelor colectate , în anul 2024 la un număr de 677 de pacienti externati, s-au inregistrat 26 cazuri de IAAM (incidenta 3.84 %). Se observă o scadere a numărului de infecții asociate asistenței medicale raportate (anul 2022 – 54 IAAM identificate și raportate) .

*Cazurile suspicionate sunt **repartizate pe luni calendaristice**, după cum urmează:*

| Tipul IAAM | Ian 2023 | Febr 2023 | Martie 2023 | Aprilie 2023 | Mai 2023 | Iunie 2023 | Iulie 2023 | August 2023 | Sept 2023 | Oct 2023 | Nov 2023 | Dec 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Infectii cu *Clostridium difficile* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infectie SARS-COV-2/respirator | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14 | 1 | 0 | 0 |
| Infectie de tip urinar | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infectie de tip auricular/teg. | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 14 | 1 | 0 | 0 |
| **Total IAAM** | **TRIM I – 4 IAAM** | | | **TRIM II – 3 IAAM** | | | **TRIM III – 18 IAAM** | | | **TRIM IV– 1 IAAM** | | |

| | **Număr cazuri** | **Raportat la:** | **Număr** | **Raport** |
|---|---|---|---|---|
| Număr cazuri cu infecții respiratorii după endoscopie traheobronșică per număr cazuri la care s-au efectuat endoscopii traheobronșice /an | 0 | Endoscopii bronsice | 0 | 0/0 |
| Număr cazuri cu infecții respiratorii după protezare respiratorie per număr cazuri protezate respirator/an | 0 | Ventilatie mecanică | 0 | 0/0 |
| Număr cazuri cu infecții ale tractului urinar după manevre invazive pe căile urinare per număr cazuri la care s-au efectuat manevre invasive/an | 0 | Sondaje urinare | 0 | 0/0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Număr cazuri cu infecţii respiratorii nosocomiale per număr cazuri internate /an | 21 | Pacienți externați | 677 | 21 / 677 |
| Număr cazuri cu infecţii de plagă operatorie per număr cazuri operate/semestru | Sem I = 0<br>Sem II= 0 | Nr. intervenții chirurgicale | Sem I = 0<br>Sem II =0 | Sem I = 0/ 0<br>Sem II= 0/ 0 |
| Număr cazuri de infecţie nosocomială determinate de Enterobacterii şi bacili Gram negativi nefermentativi cu rezistenţă la carbapeneme per total cazuri de infecţie nosocomială depistate /an | 0 | Număr total cazuri IAAM | 26 | 0/26 |
| Număr cazuri de infecţie nosocomială determinate de Enterobacterii şi bacili Gram negativi producătoare de ESBL per total cazuri de infecţie nosocomială depistate/an | 0 | Număr total cazuri IAAM | 26 | 0/26 |
| Număr cazuri de infecţie nosocomială determinate de Clostridium difficile per total cazuri de infecţie nosocomială depistate/an | 0 | Număr total cazuri IAAM | 26 | 0/26 |
| Număr cazuri de infecţie nosocomială determinate de bacterii din specia Enterococcus per total cazuri de infecţie nosocomială depistate /an | 0 | Număr total cazuri IAAM | 0 | 0/26 |
| Număr cazuri de infecţie nosocomială determinate de genul Candida per total cazuri de infecţie nosocomială depistate /an | 0 | Număr total cazuri IAAM | 0 | 0/26 |
| Număr cazuri cu escare per număr cazuri tratate în secție/ an | 0 | Număr total cazuri tratate | 0 | 0/677 |
| Număr cazuri codificate cu codul Y95 per număr cazuri internate în secție/ an | 26 | Pacienți externați | 677 | 26/677 |

**Analiza rezultatelor autocontrolului microbiologic din unitatea sanitara:**

Autocontrolul in unitatea sanitara s-a efectuat conform Planului anual de autocontrol bacteriologic, stabilit in functie de circulatia germenilor din unitatea sanitara si a zonelor cu risc , cu o fecventa trimestriala.

Astfel, în cursul anului 2024 **s-au recoltat 144 probe** pentru **autocontrol bacteriologic.** Recoltarea probelor de autocontrol s-au efectuat de catre coordonatorul CPIAAM si a asistentei sefe/ coordonatoare (de la nivelul sectiei/compartimentului unde s-au prelevat probele)

**1. Analiza rezultatelor autocontrolului microbiologic - teste de sanitatie:**

Au fost recoltate un numar de **61 probe de sanitatie (din care: 10 filtre aer condiționat și lenjerie curată – 4 probe)** in vederea verificarii eficienţei operaţiunilor de curăţenie şi dezinfecţie a suprafeţelor şi a altor materiale, prin stabilirea densităţii florei microbiene şi identificarea florei patogene;

**Nr. probe sanitatie recoltate pe sectie/compartimente**

| Nr. Crt. | Locația | Trim I | Trim II | Trim III | Trim IV | TOTAL AN 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Secția Cronici I | 2 | 6 | 2 | 3 | 13 |
| 2 | Sectia Cronici II | 6 | 10 | 5 | 5 | 26 |
| 3 | Sectia Cronici II-II | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 4 | Neptune | 2 | 4 | 2 | 2 | 10 |
| **TOTAL** | | **13** | **23** | **12** | **13** | **61** |

Probele de sanitatie au fost prelevate de pe suprafete frecvent atinse de personal – **masa de tratament ,oficii si bloc alimentar** si pacienti- **noptiere, pat, etc.**

Aceste suprafete reprezinta cele mai specifice „tinte" pentru monitorizarea eficientei dezinfectiei, tinand cont de riscul crescut de transmitere „ incrucișată" a microorganismelor la pacienți/personal. Se considera curată o suprafță / material moale pe care se dezvolta sub 5 colonii/$cm^2$ şi nu sunt prezenţi germeni patogeni;

Buletinele de analiza eliberate**, releva rezultate conforme** sau în limite admise.

**Deoarece nu s-au inregistrat rezultate pozitive de pe suprafete, nu a fost nevoie efectuarea antibiogramei si implicit analiza sensibilitatii la antibiotic.**

**1.1. Analiza rezultatelor autocontrolului microbiologic - teste de lenjerie produs finit:**

In vederea verificarii eficientei operatiunilor de spalare si dezinfectiei a lenjeriei, **in cursul anului 2024 din cele 144 probe de sanitație,** s-au recoltat **4 probe pentru autocontrol microbiologic al lenjeriei produs finit;**

Probele de autocontrol bacteriologic a fost recoltate respectand Planul anual de autocontrol, stabilit in functie de circulatia germenilor din unitatea sanitara si a zonelor cu risc . Cele 4 probe de lenjerie produs finit, au fost prelevate din spatiul de lenjerie curata de la nivelul spalatoriei.

**Nr. probe lenjerie produs finit recoltate din spalatorie:**

| Nr. Crt | Locație | Nr probe |
|---|---|---|
| 1 | Sectia Cronici II-Spalatorie | **4** |
| | TOTAL | **4** |

Conform Ord. 1025/2000 si a metodei de testare ( metoda tamponului ), buletinele de analiza **releva rezultate care se incadreaza in limitele admise de incarcare bacteriana recomandata pentru lenjerie (< 3 nr. total de germeni /cmp) si absenta germenilor patogeni.**

In urma analizei se constatata incadrarea in indicatorii de monitorizare stabiliti in Planul anual de autocontrol si anume - numărul probelor neconforme lenjerie, raportate la numărul total de probe lenjerie recoltate- sub 2 %

**Deoarece nu s-au inregistrat rezultate pozitive de pe lenjerie, nu a fost nevoie efectuarea antibiogramei si implicit analiza sensibilitatii la antibiotic.**

**2. Analiza rezultatelor autocontrolului microbiologic - teste de aeromicroflora:**

Au fost recoltate un numar de **23 probe de aeromicroflora** în scopul determinării florei microbiene atmosferice în încăperi unde riscurile de colonizare / infectare pentru asistaţi ar putea fi mai mare.

**Nr. probe aeromicroflora recoltate pe sectie/compartimente:**

| Nr. Crt. | Locația | Nr. probe |
|---|---|---|
| 1 | Secția Cronici I | 8 probe |
| 2 | Sectia Cronici II | 5 probe |
| 3 | Sectia Cronici II-II | 5 probă |
| 4 | Neptune | 5 probe |
| | **TOTAL** | **23 PROBE** |

Rezultatele buletinelor bacteriologice (metoda sedimentării Koch) au fost interpretate împreună cu medicul de laborator **si releva rezultate conforme.**

Se considera probe conforme , probele in care nr. total de germeni/$m^3$ aer nu depasesc 500-1500 – pentru probele prelevate din saloane si maxim 300 germeni/m3 aer, cu absenţa florei hemolitice.

**Facem precizarea că, în perioada analizată, în unitatea sanitară, în spațiile în care se acordă asistență medicală pacienților nu s-au efectuat lucrări de reparații/ renovări, deci nu s-a impus nevoia recoltării de probe suplimentare de aeromicroflora.**

**4. Analiza rezultatelor autocontrolului microbiologic – probe tegumentare:**

Pentru a evalua eficienţa dezinfecţiei mâinilor, au fost recoltate **31 probe de pe tegumente** în vederea stabilirii şi identificării încărcăturii microbiene. Cele 31 probe au fost prelevate dupa cum urmeaza:

**Nr. Probe tegumentare recoltate pe sectie/ compartimente:**

| Nr. crt | Sectorul de activitate | Funcția As. medical | Funcția medic | Funcția infirmiera | Funcția bucatar | Spalatoreasa | **Nr probe** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cronici I | 2 | 1 | 4 | - | **-** | **7** |
| 2 | Cronici II | 7 | 1 | 9 | - | **-** | **17** |
| 3 | Bloc Alimentar | - | - | - | 7 | - | **7** |
| TOTAL | | **9** | **2** | **13** | **7** | **-** | **31** |

Se consideră o mână curată aceea la care:

- încărcătura microbiană nu este mai mare de 40 UFC/ ml pentru **personalul medical și** încărcătura microbiană nu este mai mare de 100 UFC/ ml pentru **personalul auxiliar**
- **nu trebuie să conţină germeni patogeni;**

**Deoarece nu s-au inregistrat rezultate pozitive de pe tegumente, nu a fost nevoie efectuarea antibiogramei si implicit analiza sensibilitatii la antibiotic.**

**5. Analiza rezultatelor autocontrolului bacteriologic din sectorul alimentar – bloc alimentar , oficii alimentare :**

Autocontrolul microbiologic **în sectorul alimentar** s-a efectuat conform Planului anual de autocontrol bacteriologic recoltandu-se **29 probe bacteriologice (din totalul de 144 probe recoltate)**.

- **probele au fost prelevate de pe suprafete care intra in contact direct sau indirect cu alimentul – frigider alimente , căruț transport alimente, mese lucru, recipiente alimente, echipamente din blocul alimentar** în vederea verificarii eficienţei operaţiunilor de curăţenie şi dezinfecţie a suprafeţelor prin stabilirea densităţii florei microbiene şi identificarea florei patogene.
- Pentru a evalua eficienţa dezinfecţiei mâinilor, **au fost recoltate 10 probe de pe tegument - bucătar** în vederea stabilirii şi identificării încărcăturii microbiene

Rezultatele buletinelor bacteriologice au fost interpretate în colaborare cu medicul de laborator **si relevă rezultate conforme .** Se consider probă conformă , absenta florei microbiene cu risc epidemiologic.

**Deoarece nu s-au inregistrat rezultate pozitive nu a fost nevoie de efectuarea antibiogramei si implicit analiza sensibilitatii la antibiotic.**

**Monitorizarea respectării procedurilor de prevenire și limitare a IAAM prin observări directe**

S-au efectuat verificari inopinate ale **implementarii procedurilor** întocmite de CPIAAM - monitorizari (observări directe);

Au fost observate următoarele activități:

- curățenia și dezinfecția spațiilor și echipamentelor
- colectarea și transportul lenjeriei murdare
- colectarea și transportul deșeurilor periculoase rezultate din activitățile medicale
- respectarea circuitelor funcționale

De asemenea s-a urmărit complianta personalului cu privire la igiena mâinilor (respectarea celor 5 momente de igienă a mainilor) și portul echipamentului de protecție (masca, combinezon, mănuși )

In urma analizei datelor, nu s-au înregistrat neconformitati. Se constatata incadrarea in indicatorii de monitorizare stabiliti. Nu au fost înregistrate AES.

În perioada analizată:

**Zilnic** – s-a verificat pastrarea probelor alimentare timp de 48 ore - nu s-au înregistrat neconformtiati

**Lunar –** s-a intocmit situatia privind deseurile infectioase;

**Periodic** ( prin sondaj) - verificarea calitatii lenjeriei produs finit- nu s-au înregistrat neconformitati

Criteriile de calitate a lenjeriei produs finit sunt:

- tesatura sa nu prezinte deteriorari;
- lenjeria produs finit sa nu prezinte pete;

**Trimestrial –** instruirea personalului medical si auxiliar a respectat tematica propusă în planul anual de instruire.

**Concluzii:**

CPIAAM își desfașoara activitate conform Planului anual de prevenire si limitare a IAAM. In urma analizei datelor colectate , în perioada analizată la un numar de 677 de pacienti externati, s-au înregistrat 26 cazuri de IAAM (incidenta 3,84 %).

În cadrul verificărilor prin sondaj a foilor de observație și a monitorizării rezultatelor bacteriologice în vederea depistării active a IAAM, nu au fost depistate infecții nediagnosticate , neraportate.

**Încadrarea in indicatorii urmariti in Planul anual de prevenire si limitare**

- **nr. de IAAM raportate pasiv/ nr. total de IAAM raportate - peste 80% - indicator conform ;**

In perioada analizată s-au recoltat din cadrul secţiilor şi compartimentelor aferente spitalului, un număr de **144 probe bacteriologice** pentru verificarea condiţiilor igienico-sanitare, verificarea calității spalării lenjeriei / efectelor de spital, dezinfectia aeromicroflorei, igiena tegumentelor **.**

**Încadrarea in indicatorii urmariti in Planul anual de autocontrol**

- numărul probelor neconforme, raportate la numărul total de probe **recoltate - sub 10 % (aeromicroflora , suprafete) - indicator conform**
- numărul probelor pozitive tegumente, raportate la numărul total de probe tegumente recoltate **– sub 2 % fara germeni patogeni; - indicator conform**
- numărul probelor neconforme lenjerie, raportate la numărul total de probe lenjerie **recoltate- sub 2 %; indicator conform, toate probele au fost conforme**

ACTIVITATEA ADMINISTRATIVA PENTRU ANUL 2024

In cursul anul 2024, compartimentul Administrativ Transport si Achizitii Publice a avut urmatoarele activitati :

**Sectia Cronici I**

- reparatii curente grupuri sanitare dizabilitati – parter - total
- reparatii curente , zugravire Cronici 1 – parter total
- reparatii curente instalatie sanitara si termica
- reparatii curente centrale termice
- achizitionare echipamete asistente infirmiere

**Sectia Cronici II**

- reparatii curente tarket saloane , holuri parter+etaj - total
- reparatii curente interior – Usi PVC – zugravire , parchet -atelier ergoterapie
- reparatii curente zugravire holuri demisol
- reparatii curente zugravire holuri parter
- reparatii curente zugravire holuri etaj

- reparatii curente zugravire grupuri sanitare
- reparatii curente invelitoare atelier ergoterapie
- achizitionare centrale termice – 2 bucati
- achizitionare boilere bivalente ( electrice – termice )
- achizitionare autoturism transport pacietni
- reparatii curente instalatie sanitara si termica
- reparatii curente centrale termice

**Sectia Cronici III**
- reparatii curente instalatie sanitara si termica
- reparatii curente centrale termice
- reparatii curente , zugravire Cronici 3

**Achizitii pe siteme SEAP**
- Total nr achizitii directe 448 comenzi
- Total procent achizitii e-licitatie.ro **(97 %)**

## RAPORT STATISTIC

**RAPORT STATISTIC AN 2024**

| | |
|---|---|
| **Numarul de bolnavi internati, total si pe sectii** | ACUTI - 242<br>CRONICI I - 381<br>CRONICI II - 48<br>**TOTAL - 671** |
| **Numarul de bolnavi externati total si pe sectii** | ACUTI - 241<br>CRONICI I - 393<br>CRONICI II - 43<br>**TOTAL - 677** |
| **Zile de spitalizare realizate total si pe sectii** | ACUTI = 2762<br>CRONICI I = 11819<br>CRONICI II = 57344<br>**TOTAL = 71925** |
| **Durata medie de spitalizare, pe spital si pe sectii** | ACUTI = 11,27<br>CRONICI I = 28,14<br>CRONICI II = 286,72<br>**TOTAL = 83,15** |

| | |
|---|---|
| **Rata de utilizare a paturilor, pe spital si pe sectii** | ACUTI = 50,45%<br>CRONICI I = 92,52%<br>CRONICI II = 98,19%<br>**TOTAL = 93,84%** |
| **Rulaj bolnav/pat, pe spital si pe sectii** | ACUTI = 16<br>CRONICI I = 12<br>CRONICI II = 1<br>**TOTAL = 4** |
| **Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital si pe fiecare sectie** | **TOTAL = 0.15%** |
| **Rata infectiilor nosocomiale, pe spital** | **TOTAL = 4%** |
| **Indicele de complexitate a cazurilor** | **Acuti = 1,4006** |
| **Cheltuilei medicamente pentru un pat** | ACUTI - 2895,71<br>CRONICI I - 4926,86<br>CRONICI II - 2739,12<br>**TOTAL - 3114,93** |
| **Cheltuilei medicamente pentru un bolnav** | ACUTI - 177,29<br>CRONICI I - 410,57<br>CRONICI II - 2191,29<br>**TOTAL - 756,22** |
| **Cheltuilei medicamente pentru o zi de spitalizare** | ACUTI - 15,73<br>CRONICI I - 14,59<br>CRONICI II - 7,64<br>**TOTAL - 9,09** |

**RUNOS 2024 - Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret**

Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret a aprobat cu data de 10.01.2023 Organigrama şi Statul de funcţii pentru un număr de 210 paturi cu un număr de 209 posturi aprobate și 175.5 posturi ocupate, cu un total fond de salarii brut lunar în sumă 1678621 lei, din care 34974 lei, de la bugetul statului prin transferuri pentru un număr de 3 medici rezidenţi pe post.

**CENTRALIZATOR STAT DE FUNCŢII -** finanţare prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi transferuri,

începând cu data de 1**0.01.2024 se prezintă:**

| Nr. | Funcţia, gradul sau treapta profesională | Cuantum post | Salarii de bază la 01.01.2023 cf.Lg.153/2017 cu modific. Şi complet. | Sumă Spor cond. deosebeb.de peric. la 31.12.2018 Cf.HG nr.153/2018 şi art.38 pct.6.1 din Lg.153/2017 modific. | Sumă Spor cond.vătăm. la 31.12.2018 Cf.HG nr.917/2017 | Sumă Sportură - 15% la 31.12.2018 | Sumă Spor 100% pt.orele lucrate în zilele libere la 31.12.2018 | Indemnizaţie de hrană | Total Salarii brute, lei | 2.25% Contrib. Asiguratorie de muncă | Total Cheltuială, lei |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Medici | 14 | 237918 | 92344 | 1676 | 0 | 0 | 4844 | 336782 | 7578 | 344360 |
| 2 | Alt personal superior | 12 | 67223 | 27813 | 2081 | 0 | 0 | 3460 | 100576 | 2263 | 102839 |
| 3 | Personal mediu sanitar | 50 | 211220 | 99886 | 1420 | 17325 | 34826 | 15224 | 379900 | 8548 | 388448 |
| 4 | Infirmieri, îngrijitori curăţenie, spălătorese, | 91 | 353568 | 136131 | 0 | 23338 | 52787 | 30448 | 596272 | 13416 | 609688 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **brancardieri, DDD** | | | | | | | | | | |
| **5** | **T.E.S.A.** | **19** | **88978** | **37684** | **6285** | **0** | **771** | **4152** | **137870** | **3102** | **140972** |
| **6** | **Muncitori, personal de pază** | **23** | **66346** | **11624** | **0** | **0** | **6777** | **5536** | **90283** | **2031** | **92314** |
| | **TOTAL** | **209** | **1025253** | **405481** | **11462** | **4063** | **95161** | **63664** | **1641683** | **3693 8** | **1678621** |

**din care 3 posturi finanţate de la bugetul de stat:**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **MEDICI REZIDENȚI PE POST** | **3** | **22111** | **11056** | **0** | 0 | 0 | **1038** | **34205** | **770** | **34974** |

Total posturi: 209 normate, din care: 9 funcţii de conducere și 3 posturi de medici rezidenţi pe post.

**Numărul total de posturi aprobate / ocupate se prezintă astfel:**

| **Nr.** | **Funcţia, gradul sau treapta profesională** | **Posturi aprobate** | **Posturi ocupate + Pfa** | **% posturi ocupate / aprobate** | **Obs.** |
|---|---|---|---|---|---|
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | **Medici** | 14 | 11.5 + 1 pfa | 85.71 | Din care 3 rezidenţi pe post |
| **2** | **Alt personal superior** | 12 | 10 | 83.33 | |
| **3** | **Personal mediu sanitar** | 50 | 44 | 88.00 | |
| **4** | **Infirmieri, îngrijitori curăţenie, spălătorese, brancardieri, DDD** | 91 | 83+1 pfa | 91.20 | |
| **5** | **T.E.S.A.** | 19 | 11+1 pfa | 63.16 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **6** | **Muncitori, personal de pază** | 23 | 15+2 pfa | 73.91 | |
| | **TOTAL, din care** | **209** | **174.5 +5 pfa** | **85.89** | |
| | **Medici rezidenţi pe post** | 3 | 3 | **100.00** | |

**<u>Numărul total de posturi ocupate se structurează</u>**

Numărul total de posturi ocupate = 174.5, la care se mai adaugă 5 contracte prestări servicii:

- **Medici = 11,5** din care: 3 medici rezidenţi pe post (1 = anul IV- psihiatrie și 2= anul III- psihiatrie ), 1 medic primar de interne = ½ normă, **la care se mai adaugă**: 1 medic primar medicină de familie cu PFA – 2 ore/zi, 1 medic pentru linia de gardă din afara unității și 1 medic rezident anul V psihiatrie pentru linia de gardă din afara unității.

- **Alt personal medical cu studii superioare = 10 :**
  - 1 = Farmacist **şef**
  - 2 = Asistent social principal
  - 1 = Bioingner medical principal
  - 1 = Kinetoterapeut principal
  - 1 = Psiholog specialist
  - 1 = Preot gr.II
  - 1 = Referent I - managementul calității
  - 1 = Consilier juridic I - managementul calității- şef
  - 1 = Psiholog -instructor ergoterapie (S),

- **Personal medical cu studii medii** = **44**

  - 38 = Asistenţi medicali, din care 32 grad principal
  - 4 = Instructori ergoterapie principal
  - 1 = Instructori ergoterapie debutant
  - 1 = Registrator medical principal

- **Personal auxiliar sanitar** = **83 ,** la care se mai adaugă 1 PFA

  - 71 = Infirmieri, la care se mai adaugă 1 PFA
  - 10 = Ingrijitori curăţenie
  - 2 = Spălătorese

- **Personal TESA** = **11,** la care se mai adaugă 1 PFA

  - **2 = Conducere**
  - 1= **Șef** serviciu ATAP
  - 1 = Referent IA- RUNOS
  - 3 = Economist IA
  - 1 = Economist II
  - 1 = Consilier Juridic IA
  - 1 = Magaziner IA
  - 1 = Secretar IA
  - Responsabil cu Sanatatea si securitatea in muncă = 1 PFA

- **Personal muncitor şi de deservire** = **15,** la care se mai adaugă 2 PFA

  - 1 = Muncitor întreținere -reparații
  - 1 = Instalator de apă și canal
  - 1 = Instalator-sanitar termic
  - 2 = Șoferi
  - 8 = Muncitori- bucătari
  - 1 = Muncitor necalificat bucătărie
  - 1= Zugrav
  - Frizer - 1 PFA
  - Electrician- 1 PFA

**Din totalul personalului se prezintă**:

- Total **femei** = **137** din care 2 cu PFA
- Total **bărbaţi** = **43** din care 3 cu PFA

- Din Siret = 142
- Din altă localitate = 38

În anul 2024 personalul Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret a beneficiat de majorare salarială de 10% ,față

de nivelul acordat pentru luna decembrie 2022, fără a depăși valoarea nominală pentru anul 2022 stabilită potrivit

anexelor la Legea-cadru nr.153/2017, conform OUG 168/2022, începând cu data de 01.01.2023 și OUG 45 și

54 /2023, care sunt completări ale art.1 din OUG 168/2022, începând cu data de 01.06.2023.

**PERSONAL PLECAT / PERSONAL ANGAJAT ÎN 2024**

În anul 2023 fluctuaţia personalului se prezintă:

Contracte individuale de muncă **încetate / ocupate:** 6 posturi eliberate / 6 posturi ocupate în 2023, astfel:

1. 1 post infirmier la Secția Psihiatrie Cronici I – contract încetat cu data de 01.05.2023, conf. art.56 alin 1 lit.c din Legea 53 /2003 – Chiriac Mihai / 1 post infirmier debutant ocupat prin concurs de către **Hasna Elena** începând cu data de 01.06.2023;
2. 1 post infirmier la Secția Psihiatrie Cronici II – contract încetat cu data de 01.02.2023, conf. art.56 alin 1 lit.c din Legea 53 /2003 – Ungureanu Doina / 1 post infirmier debutant ocupat prin concurs de către **Facașciuc Mirela Denisa** începând cu data de 01.03.2023;
3. 1 post infirmier la Secția Psihiatrie Cronici II – contract încetat cu data de 01.11.2023, conf. art.56 alin 1 lit.c din Legea 53 /2003 – Anheliuc Traian;
4. 1 post muncitor I -bucătar la Blocul alimentar – contract încetat cu data de 01.07.2023, conf. art.56 alin 1 lit.c din Legea 53 /2003 – Abramiuc Mariana;
5. 1 post medic primar psihiatrie – contract încetat cu data de 07.12.2023, conf.art.56 alin 1 lit.c din Legea 53 /2003 – Puiu Ionuț;
6. 1 post infirmier debutant la Secția Psihiatrie Cronici I ocupat prin concurs începând cu data de 01.03.2023 de către **Hrehorciuc Alina**;
7. 1 post infirmier debutant ocupat prin concurs de către **Agapi Adrian -Vasile** începând cu data de 01.03.2023;
8. 1 post îngrijitor curățenie la Secția Psihiatrie Cronici II ocupat prin concurs începând cu data de 01.03.2023 de către **Mariancioc Sabina -Ariadna**;
9. 1 post merceolog debutant la Serviciul ATAP ocupat prin concurs începând cu data de 01.03.2023 de **Zoară Ioan**;
10. 1 contract încheiat pe perioadă determinată pentru postul de spălătoresă încetat cu data de 06.03.2023, conf. art 56 alin 1 lit 1 – Murariu Ana –Maria;
11. 1 contract încheiat pe perioadă determinată pentru postul de spălătoresă încetat cu data de 13.11.2023, conf. art 56 alin 1 lit 1 – Cupceac Maria.

Contracte individuale de muncă **suspendate** la sfârșitul anului 2023 sunt 3 :

- 1 post de medic rezident pe post psihiatrie anul IV - Dr. Mazilu Mariela cu data de 06.10.2020;
- 1 post economist II – Bucevschi Andreea cu data de 01.06.2023;

1 post infirmier – Marianciuc Mădălina -Nicoleta cu data de 01.08.2023.

***<u>ALTE ACTIVITATI DESFASURATE IN 2024</u>***

Pe plan intern:

- Parteneriat cu Fundatia „O Noua Viata" care desfasoara servicii bisaptamanale de dezvoltare a deprinderilor de viata independenta cu diverse grupe e beneficiari;
- Parteneriat cu Fundatia „Scoala pentru Viata" catre desfasoara servicii zilnice de mentinere a deprinderilor academice cu diverse grupe de beneficiari
- Parteneriat cu Fundatia „Eagle House" catre desfasoara servicii zilnice de terapie ocupationala cu diverse grupe de beneficiari
- Colaborare stransa cu Centrul National de Sanatate Mintala in vederea sustinerii programelor de profilaxie psihiatrica si de training a medicilor de familie pentru depistarea precoce a depresiei si tratamentul acesteia in cadrul unor proiecte nationale si europene
- Proiect saptamanal de voluntariat cu elevi din Liceul Latcu Voda din Siret in vederea integrarii comunitare a beneficiarilor, multe alte parteneriate

Pe plan international

- Parteneri in cadrul programului "ENABLE – Îmbunătățirea abilităților de angajare ale persoanelor cu dizabilități", finanțat de Comisia Europeană prin programul Erasmus+ impreuna cu alte 5 organizatii din tot atatea tari europene.
- Sesiune de formare de o saptamana pentru 6 profesionistidin Ucraina pivind sanatate mintala si fenomenul de burn out
- Colaborarea cu Liga Romana de Sanatate Mintala intr-un Proiect European privind implementarea serviciilor comunitare de Sanatate Mintala cu alti parteneri printre care: Universitatea din Heidelberg, Asociatia Europeana de Psihiatrie, Federatia Europeana a Asociatiilor Psihologice, etc
- Colaborare cu Asociatia Germana „Kreisau Innitiative" cu sediul in Berlin care permite participarea beneficiarilor din Spitalul de Psihiatrie la tabere integrative bianuale desfasurate in Polonia, Germania si Grecia cu diversi parteneri europeni similari.
- Membri in board-ul EUCOM, Asociatia Europeana a Furnizorilor de Servicii de Sanatate Mintala, retea care isi propune sa promoveze serviciile de inalta calitate din toate zonele Europei.

Sustinere seminarii privind situatia sanatatii mintale in Romania la diverse congrese internationale, desfasurate in on line pentru EUCOMS sau Asociatia Europeana de Psihiatrie

## *V. ANALIZA SWOT A SPITALULUI*

| Puncte tari | Puncte slabe |
|---|---|
| Existenţa dosarelor cu datele exhaustive din punctul de vedere al evoluţiei medicale a tuturor pacienţilor. | Analiza medicală este insuficientă în sensul determinării nevoilor şi a abilităţii persoanelor din instituţie.<br>Este necesară evaluarea şi din punct de vedere social a beneficiarilor pentru a evalua posibilităţile de integrare familială şi de transmitere de abilităţi către familie în sensul eficientizării costurilor. |
| Există personal specializat capabil să efectueze această evaluare. | Lipsa bateriilor de teste standardizate şi durata temporară relativ extinsă necesară acestei evaluări. |
| Existenţa, ca număr, a personalului şi personalului specializat în diverse domenii. | |
| Existenţa legislaţiei în vigoare privind obligativitatea cursurilor de formare continuă. | Lipsa resurselor financiare şi a instituţiilor locale capabile să organizeze cursuri de acest tip. |
| | Lipsa resurselor umane necesare întocmirii acestor documente (asistent social şi psiholog). |
| Existenţa unei pieţe de forţă de muncă destul de extinsă la nivelul oraşului Siret, capabilă să acopere eventualele nevoi. | Specificul activității este unul neatrăgător, mai ales pentru populaţia tânără care preferă să plece în oraşe mai mari sau în străinătate. |
| Existenţa sporurilor salariale specifice acestei activităţi. | Sporurile salariale sunt insuficiente faţă de dificultatea activităţii. |
| Posibilitatea identificării de proiecte şi parteneriate naţionale şi europene în domeniul formării şi specializării de personal. | Lipsa personalului specializat în domeniu şi dificultatea accesării unor astfel de programe. |
| Existenţa unor echipamente de tip medical în cadrul instituţiei. | La ora actuală dotarea este exclusivă pe partea medicală nerăspunzând în totalitate nevoilor terapeutice ale beneficiarilor: nu există cabinete de kinetoterapie dotate corespunzător, cabinete de consiliere, camere senzoriale etc. |
| | Infrastructura instituţiei este complet necorespunzătoare din perspectiva |

| Puncte tari | Puncte slabe |
|---|---|
| | standardelor minime obligatorii care implică o modularizare a încăperilor, accesibilizarea acestora şi integrarea în comunitate. De asemenea, grupurile igenico-sanitare trebuie dotate corespunzător. |
| | Infrastructura instituţiei nu permite dezvoltarea implicativă a deprinderilor de viaţă independentă necesare beneficiarilor. |
| | Lipsa facilităţilor de accesibilizare la diverse servicii publice locale, precum şi „rezistenţa" comunităţii. |
| | Este necesară mutarea accentului de la conceptul „pasiv" de beneficiar, spre cel „activ". |
| Posibilitatea colaborării cu primăriile în vederea identificării situaţiei sociale a fiecărui beneficiar. | Calitatea de „abandonat" pentru unii dintre beneficiarii acestei instituţii. |
| PIS-ul stă la baza programului de recuperare şi, ulterior, la luarea unei hotărâri privind serviciile de specialitate care trebuie acordate beneficiarului. | Lipsa serviciilor de tip alternativ necesare recuperării beneficiarilor. |
| Existenţa legislaţiei în vigoare privind standardele minime obligatorii. | Imposibilitatea aplicării acestor standarde în clădirea existentă. |
| Existenţa în mare măsură a personalului specializat. | Experienţa „negativ-tradiţionalistă" a personalului. |
| Existenţa programelor de reconstrucţie instituţională cu finanţare externă. | Dificultăţile de accesare şi de implementare a acestor programe. |
| O bună colaborare cu primăria locală în sensul identificării de locaţii şi facilităţi pentru noile servicii. | Costurile relativ ridicate ale respectării acestor standarde. |

**Oportunităţi:**

- Reforma în sănătate mintală are drept consecinţă alocarea în viitor de resurse financiare, atât din partea statului român, cât şi din partea Comunităţii Europene;
- Judeţul Suceava este judeţ pilot în domeniul sănătăţii mintale şi începe încă din 2006 înfiinţarea Centrelor de Sănătate Mintală;
- Colaborarea excelentă cu organizaţiile non-guvernamentale şi autorităţile locale;
- Existenţa unor sporuri salariale pentru personalul care lucrează în domeniul psihiatriei.

**Ameninţări:**

- Lipsa parţială a cadrului legislativ specific normativelor europene în domeniul sănătăţii mintale;
- Specificul activităţii este unul neatrăgător, mai ales că populaţia tânară pleacă în oraşe mai mari sau în străinătate;
- Lipsa liniilor de finanţare pentru unităţile sanitare mai ales pentru domeniul îngrijirii si recuperarii psihiatrice;
- Atitudinea reticentă şi rezervată a comunităţii locale în ciuda anilor de "experienţă comună".

## *VI. PROBLEMATIZAREA PLANULUI MANAGERIAL*

### *VI.1. Identificarea problemei critice*

Experienţa în activitate cu acest tip de pacienţi a reliefat o lipsă a rezultatelor pozitive de recuperare, de reinserţie socială, comunitară şi profesională, datorată, mai ales, următorilor factori:

- numărul mare de pacienţi instituţionalizaţi în mod permanent (la data scrierii acestui studiu erau instituţionalizaţi 150 pacienţi în Spitalul de Psihiatrie Cronici – SPC - Siret), trei sferturi dintre aceştia manifestând o dublă problematică, atât socială, cât şi medicală;
- SPC Siret reprezintă practic instituţia care a preluat marea majoritate a cazurilor internate în fostul spital pentru copii, ajungându-se la o „cronicizare" a stării medico-sociale a pacienţilor;
- lipsa existenţei unor evaluări longitudinale care să releve evoluţia stării pacienţilor, nevoile de recuperare şi posibilităţile de reinserţie socio-comunitară;
- valoarea ridicată a costurilor necesare îngrijirii pacienţilor în sistemul rezidenţial de tip clasic faţă de lipsa rezultatelor eficiente cu aceşti pacienţi.

Toţi pacienţii aflaţi în SPC Siret au fost evaluaţi de către personalul de specialitate din cadrul spitalului şi de către Comisia Judeţeană, stabilindu-se astfel gradul de handicap şi nevoile de recuperare ale fiecărui caz.

Astfel, s-a constatat că principalele **nevoi specifice** ale pacienţilor sunt:

- îngrijire specială şi stimulare;
- descoperirea si dezvoltarea ataşamentului;
- securitate, supraveghere, educaţie de tip vocaţional şi ludic, socializare;
- dezvoltarea abilităţilor de autoservire şi autogospodărire;
- mediu securizat, care să respecte nevoile individuale, personalitate şi intimitatea fiecărei persoane.

Această categorie de beneficiari necesită timpi mari de adaptare şi integrare în societate şi care sunt foarte costisitoare. Pe măsură ce trece timpul, pacienţii manifestă mai accentuat comportamente specifice întârzierilor în dezvoltare, ale hospitalismului şi instituţionalizării (carenţe afective, lipsa socializării), ceea ce demotivează familia biologică, comunitatea şi societatea în demersul de reintegrare.

### *VI.2 Descrierea problemei prioritare*

În prezent, legislaţia în domeniul sănătăţii mintale, în general şi al psihiatriei, în special, tinde să devină una europeană, punând pe primul loc nevoile şi drepturile bolnavilor. Astfel există Legea Sănătăţii Mentale, nr. 487 din 2002, lege care pune accent pe drepturile bolnavilor; au fost aprobate Standardele Minime Obligatorii aplicabile instituţiilor cu caracter rezidenţial destinate persoanelor adulte cu handicap psihic prin Ordinul Preşedintelui ANPH nr. 205 din 17.06.2005.

În instituţiile de tip clasic existente, datorită numărului mare de pacienţi, **nu se poate asigura o îngrijire individualizată în raport cu nevoile speciale**, particularităţile psiho-comportamentale ale fiecăruia, cu nivelul de înţelegere şi cu "istoricul personal", în marea majoritate a situaţiilor resimţindu-se **efectele negative ale lipsei de interes şi de stimulare a pacienţilor, precum şi ale hospitalismului prelungit.**

Având în vedere situaţia medicală a acestor pacienţi, precum şi vârsta lor, este necesară dezvoltarea unei reţele de servicii specializate care să acopere necesarul de îngrijire şi terapie pentru fiecare caz particular. Complexităţii dizabilităţilor de care suferă majoritatea pacienţilor din instituţia pe care o propunem spre închidere trebuie să i se răspundă cu **un sistem de practici terapeutice posibile numai într-un centru de recuperare modern şi în cadrul unor soluţii rezidenţiale optime, care să ofere soluţii viabile de recuperare, tratament şi întreţinere, atât pacienţilor instituţionalizaţi, cât şi celor proveniţi din comunitate**.

Această problemă este demonstrată și din analiza deprinderilor de viață independentă. Analiza efectuată pe toți beneficiarii internați în secția Psihiatrie Cronici 2, beneficiari cu un istoric quasi permanent de instituționalizare și un grad ridicat de dependență față de instituție.

### ***VI.3 Abordare comparativa a populatiei cu probleme cronice de sanatate mintala in Sud Estul Europei***

| Study Centre n,% | |
|---|---|
| Zagreb, Croatia | 169 (18.2%) |
| Kotor, Montenegro | 202 (21.7%) |
| Suceava, Romania | 180 (19.3%) |
| Skopje, North Macedonia | 180 (19.3%) |
| Sofia, Bulgaria | 200 (21.5%) |
| **Sex n, %** | |
| Female | 483 (51.9) |
| Male | 446 (47.9) |
| Other | 2 (0.2) |

| | |
|---|---|
| ***Marital Status n, %*** | |
| ***Single*** | ***417 (44.8)*** |
| ***Widowed*** | ***41 (4.4)*** |
| ***Separated*** | ***26 (2.8)*** |
| ***Divorced*** | ***85 (9.1)*** |
| ***Married/with partner*** | ***316 (33.9)*** |
| ***Prefer not to say*** | ***45 (4.8)*** |
| ***Employment Status n, %*** | |
| ***Full-time*** | ***162 (17.4)*** |
| ***Part-time*** | ***32 (3.4)*** |
| ***Side job*** | ***7 (0.8)*** |
| ***Not employed, looking for work*** | ***196 (21.1)*** |
| ***Not employed, not looking for work*** | ***128 (13.7)*** |
| ***Retired*** | ***271 (29.1)*** |
| ***Disabled*** | ***51 (5.5)*** |
| ***Student*** | ***23 (2.5)*** |
| ***Prefer not to say*** | ***44 (4.7)*** |
| ***Other*** | ***16 (1.7)*** |
| ***Income n, %*** | |

| *Income n, %* | |
|---|---|
| *No income* | *339 (36.4)* |
| *Below average* | *312 (33.4)* |
| *Average* | *144 (15.5)* |
| *Above average* | *36 (3.9)* |
| *Prefer not to say* | *97 (10.8)* |

| *Mental Healthcare History n, %* | |
|---|---|
| *less than one year* | *84 (9.0)* |
| *between one and two years* | *59 (6.3)* |
| *between two and three years* | *71 (7.6)* |
| *between three and four years* | *58 (6.2)* |
| *more than four years* | *624 (67.0)* |
| *Prefer not to say* | *32 (3.2)* |

| | *Zagreb, Croatia* *N=169 (18.2%)* | *Kotor, Montenegro* *N=202 (21.7%)* | *Suceava, Romania* *N=180 (19.3%)* | *Skopje, North Macedonia* *N=180 (19.3%)* | *Sofia, Bulgaria* *N=200 (21.5%)* | *Total* *N=931 (100%)* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Mental Healthcare History n, %*** | | | | | | |
| ***less than one year*** | *12 (7.1)* | *13 (6.4)* | *16 (8.9)* | *25 (13.9)* | *18 (9.0)* | *84 (9.0)* |
| ***between one and two years*** | *3 (1.8)* | *14 (6.9)* | *11 (6.1)* | *18 (10.0)* | *13 (6.5)* | *59 (6.3)* |
| ***between two and three years*** | *12 (7.1)* | *13 (6.4)* | *19 (10.6)* | *18 (10.0)* | *9 (4.5)* | *71 (7.6)* |
| ***between three and four years*** | *14 (8.3)* | *12 (5.9)* | *12 (6.7)* | *8 (4.4)* | *12 (6.0)* | *58 (6.2)* |
| ***more than four years*** | *127 (75.1)* | *147 (72.8)* | *122 (67.8)* | *111 (61.7)* | *117 (58.5)* | *624 (67.0)* |
| ***Prefer not to say*** | *0* | *1 (0.5)* | *0* | *0* | *31 (15.5)* | *32 (3.2)* |

| | *Croatia 169 (18.2)* | *Montenegro 202 (21.7)* | *Romania 180 (19.3)* | *North Macedonia 180 (19.3)* | *Bulgaria 200 (21.5)* | *Total 931 (100)* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Highest Education status n, %*** | | | | | | |
| ***Grammar School*** | *19 (11.2)* | *39 (19.3)* | *73 (40.6)* | *17 (9.4)* | *25 (12.5)* | *173 (18.6)* |
| ***High school or equivalent*** | *79 (46.7)* | *107 (53.0)* | *50 (27.8)* | *99 (55.0)* | *72 (36.0)* | *407 (43.7)* |
| ***Vocational Training*** | *21 (12.4)* | *29 (14.4)* | *33 (18.3)* | *10 (5.6)* | *21 (10.5)* | *114 (12.2)* |
| ***Some College*** | *6 (3.6)* | *1 (0.5)* | *2 (1.1)* | *1 (0.6)* | *5 (2.5)* | *15 (1.6)* |
| ***College graduate (4 years)*** | *16 (9.5)* | *10 (5.0)* | *6 (3.3)* | *0* | *1 (0.5)* | *33 (3.5)* |
| ***Associate degree*** | *6 (3.6)* | *2 (1.0)* | *1 (0.6)* | *3 (1.7)* | *0* | *12 (1.3)* |
| ***Bachelor degree*** | *7 (4.1)* | *5 (2.5)* | *0* | *39 (21.7)* | *16 (8.0)* | *67 (7.2)* |
| ***Master's degree*** | *8 (4.7)* | *3 (1.5)* | *4 (2.2)* | *5 (2.8)* | *21 (10.5)* | *41 (4.4)* |
| ***Professional degree*** | *6 (3.6)* | *2 (1.0)* | *11 (6.1)* | *3 (1.7)* | *3 (1.5)* | *25 (2.7)* |
| ***Doctorate/PhD*** | *1 (0.6)* | *0* | *0* | *0* | *0* | *1 (0.1)* |
| ***Other*** | *0* | *0* | *0* | *3 (1.7)* | *4 (2.0)* | *7 (0.8)* |
| ***Prefer not to say*** | *0* | *1 (0.5)* | *0* | *0* | *32 (16.0)* | *33 (3.5)* |
| ***Income n, %*** | | | | | | |
| ***Not employed*** | *95 (56.2)* | *74 (36.6)* | *16 (8.9)* | *71 (39.4)* | *83 (41.5)* | *339 (36.4)* |
| ***Below average*** | *35 (20.7)* | *82 (40.6)* | *109 (60.6)* | *45 (25.0)* | *41 (20.5)* | *312 (33.4)* |
| ***Average*** | *33 (19.5)* | *34 (16.8)* | *6 (3.3)* | *42 (23.3)* | *29 (14.5)* | *144 (15.5)* |
| ***Above average*** | *3 (1.8)* | *9 (4.5)* | *1 (0.6)* | *16 (8.9)* | *7 (3.5)* | *36 (3.9)* |
| ***Prefer not to say*** | *3 (1.8)* | *1 (0.5)* | *48 (26.7)* | *5 (2.8)* | *40 (20.0)* | *97 (928)* |
| ***Main diagnosis n, %*** | | | | | | |
| ***Schizophrenia (F20 – F29)*** | *124 (73.4)* | *133 (65.8)* | *80 (44.4)* | *75 (41.7)* | *154 (77.0)* | *566 (60.8)* |
| ***Bipolar disorder (F30,F31)*** | *11 (6.5)* | *19 (9.4)* | *15 (8.3)* | *35 (19.4)* | *34 (17.0)* | *114 (12.2)* |
| ***Depression (F32,F33)*** | *23 (13.6)* | *50 (24.8)* | *73 (40.6)* | *70 (38.9)* | *12 (6.0)* | *228 (24.5)* |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Other*** | ***0*** | ***0*** | ***7 (3.9)*** | ***0*** | ***0*** | ***7 (0.8)*** |
| ***No answer*** | ***11 (6.5)*** | ***0*** | ***5 (2.8)*** | ***0*** | ***0*** | ***16 (1.7)*** |

| | **Project sites** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INSPIRE Mean (SD) | **Zagreb, Croatia** | **Kotor, Montenegro** | **Suceava, Romania** | **Skopje, North Macedonia** | **Sofia, Bulgaria** | **Total** |
| **INSPIRE, sub-scores; Mean (SD)** | | | | | | |
| **Support Score total** | 88.96 (15.43) | 71.31 (16.98) | 75.83 (12.73) | 63.64 (15.80) | 64.49 (25.23) | 72.5 (20.1) |
| **Relationship Score total** | 90.76 (15.26) | 82.73 (14.02) | 80.37 (10.47) | 76.82 (15.79) | 71.91 (20.89) | 80.3 (16.9) |
| **Support Score Sub-scale rating; Mean (SD)** | | | | | | |
| **Connectedness** | 86. 26 (19.41) | 71.17 (19.74) | 73.29 (12.69) | 62.79 (20.11) | 64.45 (26.77) | 71.3 (21.9) |
| **Hope** | 92.49 (14.01) | 74.87 (20.43) | 74.94 (15.47) | 65.12 (20.82) | 66.91 (27.07) | 74.6 (22.4) |
| **Identity** | 86.48 (19.03) | 68.58 (20.32) | 77.29 (14.31) | 62.43 (21.51) | 64.39 (26.51) | 71.5 (22.6) |
| **Meaning and Purpose** | 90.86 (16.98) | 72.67 (19.63) | 78.23 (14.69) | 66.41 (16.84) | 64.88 (26.38) | 74.2 (21.6) |
| **Empowerment** | 89.09 (17.82) | 70.20 (18.34) | 75.35 (15.67) | 62.00 (17.58) | 61.81 (28.19) | 71.4 (22.5) |

****Support sub-scale: scores over 72% indicate that support provided is perceived as helpful; Relationship sub-scale: scores over 78% indicate that the relationship is perceived as valuable to the service user; reported are mean and standard deviation***

| *Project sites* | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***WHODAS 2.0 Sub-scales Mean (SD)*** | ***Zagreb, Croatia*** | ***Kotor, Montenegro*** | ***Suceava, Romania*** | ***Skopje, North Macedonia*** | ***Sofia, Bulgaria*** | ***Total*** |
| ***Cognition*** | ***38.2 (27.7)*** | ***19.3 (23.8)*** | ***30.7 (18.8)*** | ***27.9 (21.9)*** | ***42.1 (23.1)*** | ***31.6 (24.5)*** |
| ***Mobility*** | ***21.6 (25.3)*** | ***17.6 (25.5)*** | ***20.1 (19.9)*** | ***25.8 (24.9)*** | ***23.7 (24.0)*** | ***21.7 (24.1)*** |
| ***Self-care-hygiene*** | ***15.7 (21.7)*** | ***9.3 (16.4)*** | ***15.9 (18.3)*** | ***17.5 (22.2)*** | ***20.9 (23.0)*** | ***15.8 (20.8)*** |
| ***Getting along*** | ***38.8 (27.6)*** | ***15.8 (18.0)*** | ***38.5 (20.9)*** | ***30.1 (24.8)*** | ***39.5 (19.8)*** | ***32.3 (24.1)*** |
| ***Life activities (Household)*** | ***41.4 (33.1)*** | ***22.1 (25.7)*** | ***31.2 (22.5)*** | ***33.6 (26.9)*** | ***28.9 (25.6)*** | ***33.3 (27.6)*** |
| ***Life activities (School/Work)*** | ***61.7 (37.2)*** | ***18.9 (24.4)*** | ***27.6 (20.0)*** | ***31.1 (27.1)*** | ***40.0 (27.1)*** | ***35.6 (29.2)*** |
| ***Participation*** | ***48.2 (28.2)*** | ***34.8 (19.9)*** | ***49.0 (17.8)*** | ***41.6 (21.6)*** | ***46.0 (18.9)*** | ***43.8 (21.6)*** |
| | | | | | | |
| ***Total WHODAS 2.0*** | ***36.4 (20.6)*** | ***21.5 (17.2)*** | ***32.8 (16.2)*** | ***30.9 (19.7)*** | ***37.1 (17.4)*** | ***31.6 (19.1)*** |

### *I.4. Utilizarea eficientă a resurselor financiare ale spitalului*
### *Interventia echipelor mobile comunitare*

Intervenția se concentrează pe schimbarea sistemelor de îngrijiri de sănătate mintală, pentru a fi capabile să furnizeze servicii de îngrijiri de sănătate mintală comunitare, pentru pacienții cu tulburări mintale severe. Această va fi făcută prin dezvoltarea și implementarea Echipelor multidisciplinare Comunitare de Sănătate Mintală (ECSM), ce sunt alcătuite din cel puțin o asistentă medicală, un medic psihiatru, un psiholog, un asistent social și un lucrător de la egal la egal (persoană cu diagnostic de tulburare mintală, ce a beneficiat de tratament.

Structura și metoda de furnizare a serviciilor comunitare de îngrijiri de sănătate mintală fac parte dinr-un model integrat de furnizare a serviciilor de îngrijiri bazat pe dovezi științifice, flexibil și asertiv. Acest model are scopul de a sprijini pacienții să atingă la nivel structural obiectivele lor de recuperare a funcționalității, precum și să furnizeze servicii de intervenție în situații de criză, într-un timp cât mai scurt și în conformitate cu nevoile pacienților

Serviciile de furnizare a intervenției sunt inspirate din versiunea Olandeză a Tratamentului Comunitar Asertiv (TCA) și a Tratamentului Comunitar Asertiv Flexibil (TCA-F). Echipa multidisciplinară de aplicare a TCA-F lucrează într-o zonă bine delimitată pentru toate persoanele cu tulburări mintale severe, și poate opera în două moduri diferite:

- Managementul individual al cazurilor realizat de către un membru al echipei. Alți specialiști pot fi implicați în funcție de nevoile pacientului.
- Servicii intensive de îngrijire furnizate de echipa TCA, ce implică ca pacienții să aibă contact cu mai mulți membri ai echipei; acești pacienți sunt listați pe panoul Pacienților incluși în Tratamentul Comunitar, iar membrii echipei discută despre situația acestora zilnic, pentru a decide ce formă de îngrijire trebuie să fie furnizata și de către care membru al echipei.

Pentru majoritatea pacienților, monitorizarea individuală (1) este suficientă. În cazul în care tulburarea psihotică, tulburarea depresivă severă sau tulburarea bipolară se acutizează (sau există o amenințare de acutizare), dacă spitalizarea este iminentă sau dacă o persoană are nevoie de o îngrijire suplimentară din alte motive, îngrijirea este intensificată.

Aceste măsuri sunt în general necesare pentru un procent de 10-20% din totalitatea pacienților aflați în îngrijirea echipei. Pentru acești pacienți, echipa oferă îngrijiri în acord cu principiul echipei TCA de „distribuire (împărțire) a pacienților". Aceasta înseamnă că toți membrii

echipei de îngrijiri au fost informați cu privire la pacient și despre faptul că acesta/aceasta este monitorizat/ă și consiliat/ă de către mai mulți membri din cadrul echipei. Ca rezultat, pacientul poate beneficia de serviciile de îngrijiri zilnic sau de câteva ori pe zi.

Pentru a asigura o bună coordonare a activităților membrilor echipei de îngrijiri, se organizează întruniri zilnice pentru a discuta despre pacienții aflați pe panoul Pacienților care primesc Tratament Comunitar. Dacă monitorizarea individuală nu este de ajuns și sunt necesare îngrijiri intensive, numele pacientului este înscris pe lista de ședință, pe parcursul întrunirii echipei. Pacienții de pe această listă sunt aduși în discuție zilnic.

Activitățile de coordonare și de legătură ale Echipelor Comunitare de Sănătate Mintală (ECSM) în relație cu serviciile de îngrijire primară și de îngrijire specializată vor fi definite ținând cont de modalitățile de îngrijire din fiecare zonă de implementare.

Protocoale de tratament cu intervenții bazate pe dovezi științifice (farmacologice, psihologice, psihiatrice), adaptate la nivel local, vor fi prelucrate către membrii ECSM, pentru a putea furniza servicii de îngrijiri standardizate. Pentru acest proiect a fost selectat un set de intervenții bazate pe dovezi științifice pentru persoanele cu tulburări severe de sănătate mintală, intervenții ce vor fi livrate de către ECSM. Aceste intervenții includ: intervenții în cadrul familiei, precum interviul motivațional al membrilor familiei; interviul motivațional individuală și intervenții cognitiv-comportamentale.

Deoarece cercetarea se va desfășura etapizat în fiecare centru de implementare, experiența acumulată de către centrele care încep activitatea în primele etape va fi utilizată de către centrele care vor demara cercetarea mai târziu.

**Strategii de implementare**

Strategiile de implementare pentru începerea punerii în aplicare a serviciilor furnizate de către ECSM, dispun de patru componente:

1. *Formare:* Două săptămâni de cursuri de instruire vor fi furnizate pentru ECSM (o săptămână de cursuri la nivel local și o vizită de studiu de o săptămână în Olanda). Profesioniștii din domeniul sănătății își vor îmbunătăți capacitatea de înțelegere a abordării serviciilor de sănătate mintală comunitare, cu scopul de a fi echipați cu abilitățile/instrumentele necesare pentru a deveni o Echipă funcțională Comunitară de

Sănătate Mintală în cadrul orașului lor și pentru a servi drept resursă la nivel național în promovarea acestui model.

2. *Mentorat și supervizare*: Un plan de mentorat și supervizare extins va fi creat pe baza evaluării în urma cursurilor de formare și pe baza lacunelor identificate la nivelul informațiilor, abilităților și atitudinilor profesioniștilor. Abilitățile învățate sunt mai predispuse să fie aplicate și menținute în timp atunci când sunt asociate cu sesiunile de coaching și consultările în derulare cu mentorii.
3. *Foile de parcurs:* Foile de parcurs sunt un proces structurat în cadrul ECSM, având ca scop să definească obiectivele echipei, dimensiunile progresului (mărimea rezultatelor așteptate) și o cale clară cu etape, termene și intervenții pentru atingerea acestor obiective. Foile de parcurs sunt evaluate la fiecare 6 luni printr-o sesiune de revizuire a progreselor (rezultatelor) înregistrate.
4. *Audit și feedback:* Intervenția și fidelitatea modelului reprezintă o componentă importantă a unei Echipe Comunitare de Sănătate Mintală. Auditarea muncii și a abilităților/competențelor membrilor Echipelor Comunitare de Sănătate Mintală este importantă ca strategie de îmbunătățire a calității, precum și pentru identificarea lacunelor necesar a fi abordate în viitor de către echipă.

**Cercetare formativă pentru pregătirea unei implementări adaptate**

O evaluare comprehensivă a disponibilității curente a serviciilor de sănătate mintală (analiză situațională) și o evaluare a nevoilor din prisma perspectivelor stakeholderilor vor fi efectuate în fiecare dintre locațiile de implementare, prin vizite la fața locului realizate de grupurile de experți împreună cu echipele locale, în fiecare dintre locațiile de implementare.

Evaluarea serviciilor se va baza pe un cadru standardizat de evaluare a serviciilor, utilizat în proiectele anterioare coordonate de consorțiul proiectului și va evalua tipurile de servicii de care beneficiază în prezent persoanele cu boli mintale severe, cum, când și de ce sunt furnizate aceste servicii, și ce personal este implicat în furnizarea acestora. De asemenea, vor fi evaluate componentele sistemului de sănătate (ex: structurile de finanțare, resursele umane, guvernarea) care au impact asupra îngrijirii persoanelor cu tulburări mintale severe.

**Vizitele la fața locului**

Scopul acestui pas este de a planifica modul în care profesioniștii locali din domeniul sănătății mintale pot utiliza intervențiile bazate pe dovezi științifice în moduri care au relevanță pentru sistemul de sănătate local și care cresc nivelul de înțelegere și capacitatea resurselor de a fi sustenabile și eficiente. Prin înțelegerea modului în care profesioniștii din domeniul sănătății mintale iau decizii legate de îngrijire, pot fi identificate factorii care influențează luarea deciziilor și informațiile clinice necesare pentru ca o echipă de oameni să colaboreze efectiv și eficient. Scopul dezvoltării unei modalități locale de îngrijire este de a încuraja și de a conduce procesele deliberate și explicite de planificare și colaborare în jurul unor seturi definite foarte clar de sarcini, abilități și strategii de formare și responsabilitate pentru a permite, susține și monitoriza și corela performanța acestora.

### *VI.5. Îmbunătăţirea structurii spitalului (clădiri, echipamente etc.)*

*Activităţi necesare:*

- Organizarea evaluării şi a măsurilor necesare pentru obţinerea autorizaţiei sanitare de funcţionare a spitalelor, având în vedere recomandările formulate mai sus de organismele internaționale și naționale și necesitatea regândirii modalității de rezidență și recuperare a pacienților se impun următoarele acțiuni:
- Închiderea pavilionului de cronici din centrul orașului, cu 150 de beneficiari și mutarea acestora în căsuțe de tip familial, ținând cont de următorii pași:
- Construcția în cel mai scurt timp posibil a unei serii de facilități terapeutice precum:
  - centru de recuperare neuromotorie;
  - ateliere vocaționale;
  - ateliere de integrare ocupațională;
  - cabinete de kinetoterapie, psihoterapie, logopedie, arterapie, etc;
  - oferirea de servicii la domiciliu sau în ambulatoriu.
- Întreţinerea corespunzătoare a clădirii şi echipamentelor:
  - Dezvoltarea unui plan anual privind investiţiile şi reparaţiile capitale ale clădirilor şi echipamentelor;
  - Funcţionarea echipamentelor conform specificaţiilor tehnice ale acestora în vederea obţinerii eficienţei maxime în utilizarea lor (personal adecvat ca număr şi pregătire, aprovizionare cu materiale consumabile necesare etc.);
  - Analiza eficienţei economice a contractelor de service pentru echipamente.
- Contractarea externă a unor servicii de suport sau paraclinice (dacă spitalul reuşeşte un beneficiu financiar, cu păstrarea calităţii îngrijirilor oferite pacienţilor). Serviciile a căror externalizare ar fi posibilă și ar putea aduce, pe termen mediu sau lung economii la nivelul bugetului de venituri și cheltuieli ar fi:
    - Externalizarea serviciului de pază;
    - Externalizarea serviciilor de bucătărie prin contracte cu firme de catering;

    - Externalizarea serviciilor de spălătorie prin contracte cu o curățătorie chimică;
    - Externalizarea serviciilor de igienizare;
- Reorganizarea secţiilor şi compartimentelor în vederea creşterii eficienţei;
- Utilizarea unei platforme tehnice comune pentru serviciile spitaliceşti şi cele ambulatorii, de zi și mobile, cu reducerea numărului de internări ce nu sunt necesare.

***VI.6. Utilizarea eficientă a resurselor umane ale spitalului***
*Activităţi necesare:*

- Definirea fişelor de post pentru fiecare membru al personalului, conform normelor legale în vigoare;
- Încadrarea în normele maximale de personal pentru diferitele structuri ale spitalului;
- Evaluarea performanţelor personalului pe baza îndeplinirii unor criterii definite în concordanţă cu obiectivele din planul anual al spitalului;
- Stabilirea unor criterii precise de evaluare şi stimulare a personalului (nivelul pe grilă, salariul de merit, premii etc.), care să considere şi creşterea eficienţei spitaliceşti, cu menţinerea calităţii (analiza sistematică a schemelor terapeutice utilizate şi a investigaţiilor diagnostice);
- Elaborarea unor planuri de recrutare de personal de specialitate în vederea asigurării serviciilor necesare pacienţilor asiguraţi;
- Elaborarea şi implementarea unui sistem de monitorizare a calităţii îngrijirilor.

Activităţi necesare:

- Utilizarea unui sistem de evaluare a satisfacţiei pacienţilor privind serviciile furnizate de spital (de exemplu: chestionare aplicate trimestrial, vizând activitatea personalului, facilităţile din spital etc.);
- Înfiinţarea de comisii interdisciplinare de etică şi analiză a incidentelor şi accidentelor clinice, inclusiv a implicaţiilor financiare;
- Utilizarea unui sistem de identificare a problemelor privind calitatea îngrijirilor la nivelul fiecărei secţii sau departament al spitalului.

**Pe termen mediu/lung**

***Stabilirea unor politici de sănătate privind utilizarea noilor tehnologii*** (echipamente, medicamente) în spitale numai pe baza unor studii de cost/eficacitate şi a fondurilor disponibile (număr limitat, liste de aşteptare, co-plată).

***Medicamente şi tehnologii***

*Acţiuni necesare:*

Evaluarea costurilor totale pentru compensarea medicamentelor propuse a fi incluse

- Elaborarea la nivel naţional a unei liste cu preţuri ale Uniunii Europene (care să fie maximale) pentru medicamentele, materialele sanitare şi tehnologii;
- Menţinerea transparenţei şi accesului la informaţii prin întreţinerea şi actualizarea *web-site-ului* cu listele cu tarifele de producţie şi import, precum şi cu listele Uniunii Europene privind medicamentele şi materialele sanitare.

***VI.7. Planificarea serviciilor spitaliceşti şi reforma instituţională***

*Acţiuni necesare:*

- Evaluarea nevoilor de servicii spitaliceşti în concordanţă cu indicatorii de morbiditate din aria geografică deservită, mobilitatea pacienţilor dinspre alte judeţe;
- Elaborarea unor planuri naţionale şi locale privind numărul de paturi şi tipul de servicii furnizate (pe baza nevoilor);
- Reorganizarea spitalelor în funcţie de nevoile de servicii, în ceea ce priveşte echipamentele, tehnologiile, inclusiv încadrarea cu personal;
- Stabilirea unui plan de dezvoltare profesională a personalului de la toate nivelurile;
- Dezvoltarea unui organism naţional de monitorizare a calităţii serviciilor;
- Dezvoltarea unui sistem de identificare a problemelor privind calitatea îngrijirilor la nivelul fiecărei secţii sau departament al spitalului şi înfiinţarea de structuri pentru îmbunătăţirea calităţii;
- Evaluarea modalităţilor de finanţare utilizate şi ajustarea lor în funcţie de scopurile politicilor de sănătate definite.

## *VII. CONCLUZII RECAPITULATIVE*

Planificarea strategică a organizației

Planul de monitorizare a performanțelor reprezintă un instrument simplu care ne ajută să transformăm obiective generale în linii de acțiune specifice, pe care să le monitorizăm în timp. În același timp putem monitoriza și îndeplinirea acestora prin intermediul unor indicatori. Toate acestea se bazează pe formularea misiunii și viziunii organizației, oferind feed back specific asupra activităților desfășurate.

Etapele de realizare a unei planificări strategice sunt simple:

- Identificarea factorilor cheie de succes;
- Stabilirea liniilor necesare de acțiune (unde se dorește să se ajungă);
- Identificarea unor indicatori care să ajute la monitorizarea progresului;
- Care este nivelul indicatorului care atestă atingere țintei;

Caracteristicile planului de monitorizare a performanțelor (blanced scorecard) sunt:

- Conectează viziunea, misiunea și obiectivele de tip SMART ale spitalului cu factori cheie de succes și indicatori de performanță;

- Facilitează relaționarea scopurilor și a rezultatelor din diferite domenii (resurse umane, financiare, dezvoltarea abilităților de viață independentă, etc);
- Facilitează controlul și gestiunea performanței și a proceselor;
- Creează un limbaj comun pentru toți participanții la procesul de implementare a schimbării (beneficiari și angajați).

| ***Factori cheie pentru succes*** | ***Ce urmărim?*** | ***Indicatori de performanță*** | ***Valoarea țința a indicatorilor*** |
|---|---|---|---|
| Implicarea spitalului în dezvoltarea de servicii comunitare pentru beneficiarii de servicii de psihiatrie comunitara | Dezvoltarea de servicii comunitare | Numărul de servicii comunitare de specialitate deschis/numărul de angajați/numărul de beneficiari | 4 servicii noi deschise/ minim 12 angajați<br>Protocol de colaborare între spital și aceste servicii |
| Evaluarea beneficiarilor privind deprinderile de viață independentă și creșterea calității vieții | Monitorizarea continuă și constantă a deprinderilor de viață independentă și dezvoltarea de programe specializate | Aplicarea de instrumente de specialitate – ILSS și SF 36 pentru cel puțin 15 pacienți lunar pentru a evalua creșterea constantă a calității vieții și a deprinderilor, evaluarea chestionarelor de satisfacție (Cr I) | Creșterea semnificativă din punct de vedere statistic a calității deprinderilor de viață independentă și a calității vieții, în mod constant pentru minim 6 luni |
| Creșterea calității îngrijirii spitalicești | Creșterea calității serviciilor oferite în cadrul instituției în concordanță cu dorințele beneficiarilor și aparținătorilor<br>Creșterea investițiilor în domeniul achiziției de medicamente | Evaluarea riscurilor<br>Proceduri privind riscurile<br>Analiza incidentelor semnalate<br>Formarea procedurilor de self help | Existența cel puțin a unei proceduri de evaluare a riscurilor clinice (care să includă auto rănirea, vulnerabilitatea și riscul față de ceilalți)<br>Înființarea a cel puțin un grup de self help<br>Creșterea anuală cu 0.1% a sumei acordate achiziției de medicamente |
| Trainingul personalului | Creșterea numărului de ore de formare | Numărul de ore/an/profesionist | Minim 20 de ore de formare pe an |
| Creșterea adresabilității serviciilor și programelor oferite | Creșterea numărului de servicii și programe | Numărul de servicii si programe nou înființate | 4 servicii nou înființate la nivelul comunității și 4 programe nou |

| *Factori cheie pentru succes* | *Ce urmărim?* | *Indicatori de performanță* | *Valoarea ținta a indicatorilor* |
|---|---|---|---|
| | Creșterea numărului de persoane care accesează serviciile<br>Crearea unui centru de recuperare modern care să răspundă nevoilor beneficiarilor din spital și din comunitate | Numărul de persoane care accesează serviciul | înființate la nivelul spitalului<br>Creșterea anuală cu 8% a persoanelor care accesează serviciile și programele |

Concluzie

Dezvoltarea unui serviciu instituțional de sănătate mintală poate fi una de succes și durabilă doar dacă:

- Acest serviciu este integrat în comunitate;
- Face parte dintr-un sistem comunitar de servicii sociale și medicale;
- Ține cont de nevoile și capacitatea beneficiarilor evaluate corespunzător;
- Are un personal instruit și politici de formare continuă;
- Dezvoltă un program variat care ține cont de nevoile beneficiarilor și de contextul local;
- Evaluează permanent și critic rezultatele activității;
- Implică, în măsura posibilității beneficiarii și aparținătorii;
- Are ca scop final inserția și reinserția (la diferite niveluri) în comunitate a beneficiarilor.