SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET
INTRARE-IEŞIRE
Nr. 865 din 14.04.2017

SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET
COD FISCAL: 15487479
SIRET, STR.9 MAI, NR.3, COD 725500
TEL/FAX: 0230/280061 TEL: 0230/280.551
E-MAIL: PSIHIATRIESIRET@YAHOO.COM
TREZORERIA SIRET RO 27TREZ 5965041 XXX000058

ISO 9001 REGISTERED FIRM

AVIZAT,
PRIMĂRIA ORAŞULUI SIRET
EC. POPOIU ADRIAN
PRIMAR.

APROBAT,
CONSILIUL DE ADMINISTRAŢIE
EC. COSTIUC LAURA
PREŞEDINTE.

PLAN DE MANAGEMENT

AL SPITALULUI DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET

2017

MANAGER,
TIBERIU ANDREI ROTARU-ANGHELESCU

Cuprins

I. ARGUMENT 2

II. CELE 3 PERIOADE ALE ÎNGRIJIRILOR ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE (SAU UNDE NE AFLĂM ȘI CUM AM AJUNS AICI?) 2

III. MISIUNEA MANAGERIALĂ A SPITALULUI 4

- Funcțiile și Scopurile serviciilor spitalicești 4
- Riscurile externe implicate de reforma în Sănătate Mintală 7
- Riscurile interne implicate de îngrijirile în sistemul de Sănătate Mintală 8

IV. PREZENTAREA GENERALĂ A SPITALULUI 9

V. OBIECTIVE GENERALE ALE Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret 13

VI. Personal 14

VII. Buget 16

VIII. Dotări si activități administrative 17

XI. Îmbunătățiri aduse infrastructurii 18

- Achiziții de medicamente și materiale sanitare 19
- Raport statistic

X. ANALIZA SWOT A SPITALULUI 22

XI. PROBLEMATIZAREA PLANULUI MANAGERIAL 24

- Identificarea problemei critice 24
- Descrierea problemei prioritare 25
- Dezvoltarea deprinderilor de viață independentă 25
- Analiza nivelului de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă 25
- Planificarea activităților 31
- Utilizarea eficientă a resurselor financiare ale spitalului 32
- Îmbunătățirea structurii spitalului (clădiri, echipamente etc.) 32
- Utilizarea eficientă a resurselor umane ale spitalului 33
- Planificarea serviciilor spitalicești 34

XII CONCLUZII RECAPITULATIVE 35

PLAN DE MANAGEMENT

Parte integrantă, fundamentală a serviciilor de sănătate mintală din județul Suceava

Creșterea vizibilității, a calității serviciilor și pionierat în reforma în Sănătate Mintală

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 daca 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;
- Creşte numărul de paturi;
- Rolul redus al familiei;
- Investiţii exclusive publice în instituţii;
- Personal exclusiv medical (medici, asistente şi infiermiri);
- Centralizarea serviciilor din punct de vedere geografic;
- Nediferenţierea pacienţilor în funcţie de cazuistica psihiatrică, socială, gen, implicaţii comunitare, statut socio-economic;
- Număr crescut de incidente de malpraxis, abuzuri;
- Transparenţa minimă a serviciilor oferite.

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

- Azilurile sunt neglijate;
- Scade numărul de paturi;
- Creşte rolul familiei fără a fi pe deplin recunoscut;
- Investiţii publice în servicii de sănătate mintală;
- Apar specialităţile de psiholog clinic, terapeut ocupaţional şi asistent/lucrator social;
- Apar tratamente eficiente, începe evaluarea tratamentelor şi standardizarea sistemelor de diagnostic;
- Creşte influenţa psihoterapiei individuale şi de grup;
- Focalizare asupra controlului farmacologic şi resocializării;
- Pacienţii cu mai puţine dizabilităţi sunt externaţi din aziluri;
- Azilurile dezvoltă o responsabilitate diferenţiată pentru pacienţii pe termen lung perturbaţi din punct de vedere comportamental sau neresponsivi la tratament precum şi faţă de handicapaţii mintal;
- Se înfiinţează secţiile specializate pe forensic;
- Apar secţiile de psihiatrie în spitalele generale pentru pacienţii acuţi;
- Apar serviciile de zi şi centrele de zi;
- Se înfiinţează ateliere protejate şi alte facilităţi 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;
- Elaboarea 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 accentual 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 insituție etalon în ceea ce privesc serviciile de psihiatrie socială din România. Având în vedere cele menționate mai sus ne putem permite a formula:

MISIUNEA MANAGERIALĂ A SPITALULUI – constă în transformarea treptată, rațională, bazată pe fapte, a instuției spitalicești în instituție comunitară de abilitare și reabilitare a benficiarilor, 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. 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 creearea 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 exmplu 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);
- Colaboarea 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 Cultura, 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 intrevenții ulterioare specializate.

Scopurile serviciilor spitalicesti – la nivelul pacientului:

- Să reducă suferința pacientului și a familiei;
- Să promoveze atât însănătoțirea 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 SPITALELOR, LEGEA BOLNAVULUI PSIHIC, 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 personaelor cu boli psihice și îmbunătățirea sănătății mintale;
- Convenția ONU privind persoanele cu dizabilități – ratificată de toate statele membre ale UE, inclusiv Romania, 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; • Respectarea legilor.
Local	• Accesul la asistența esențială de sănătate mintală; • Disponibilitaea procedurilor de revizie; • Mecanism automat de reevaluare periodică; • Decident calificat.
Pacient	• Evaluarea sănătății mintale în concordanță cu principiile acceptate internațional; • Furnizarea alternativei celei mai puțin restrictive; • Autodeterminare; • 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.
- **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 ora, 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 si 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 insituționalizării, atât de prezent la beneficiarii Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret se manifesta 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 pacientilor 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 si 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 crecurilor 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.

- **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 manamentuluui 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 probleme 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 ceilalti. 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 importanta a deciziilor clinice ce urmează a fi luate de specialiști.
- Tratarea riscului – Planul managementului clinic la 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 mulți bolnavi psihici, de la cele mai fragede vârste, și-au găsit „o casă". În prezent Spitalul de Psihiatrie Siret este „moștenitorul" fostului Spital de Neuropsihiatrie Copii, unde, pe lângă problematica de specialitate, trebuie menționat că majoritatea beneficiarilor nu au familie, nu au rude, nu cunosc altceva decât viața din instituție, nu au muncit niciodată și nu au făcut școală.

Datorită condițiilor din sistemul rezidențial și a perioadei îndelungate de instituționalizare, pacienții au dificultăți în ceea ce privește dezvoltarea și recuperarea afectivă, cognitivă, adaptarea școlară și socială a lor. De asemenea, șansele de reintegrare în comunitate sunt extrem de reduse, datorită, în special, **izolării** pe care societatea o manifestă față de această categorie de beneficiari.

În prezent, spitalul are în structură 210 paturi, împărțite astfel:

Secția Psihiatrie cronici I: 50 paturi, din care 15 paturi acuți;

Secția Psihiatrie cronici II: 160 paturi.

Indicatori de performanță ai managementului Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret

Categorie indicatori	Denumirea indicatorului de performanta ai managementului spitalului public	Valoarea asumata pentru anul 2019
A. Indicatori de management al resurselor umane	Numarul mediu de bolnavi externati pe un medic	**223**
	Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu	**0**
	Numarul mediu de consultatii pe un medic in camera de garda/ UPU/CPU	**284**
	Numarul mediu de bolnavi externati pe o asistenta	**26**
	Proportia medicilor din totalul personalului	**8%**
	Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	**39%**
	Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	**35%**
B. Indicatori de utilizare a serviciilor	Numarul de bolnavi externati total si pe sectii	**ACUTI - 304** **CRONICI I - 554** **CRONICI II (lunga durata) - 36** **TOTAL - 894**
	Durata medie de spitalizare, pe spital si pe sectie	**ACUTI = 9** **CRONICI I = 25** **CRONICI II(lunga durata) = 293** **TOTAL = 65**
	Rata de utilizare a paturilor, pe spital si pe sectie	**ACUTI = 51%** **CRONICI I = 118%** **CRONICI II**

		lunga durata = 91% **TOTAL = 93%**
	Indicele de complexitate a cazurilor pe spital	**1.3898**
	Procentul bolnavilor cu interventii chirurgicale din totalul bolnavilor externati din sectiile chirurgicale	0
	Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati pe spital si pe fiecare sectie	**CRONICI I = 45% CONICI II = 0** **TOTAL = 28%**
	Proportia urgentelor din totalul bolnavilor internati pe spital	**TOTAL = 26%**
	Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati pe spital	**TOTAL = 74%**
	Numarul consultatiilor acordate in ambulatoriu	0
	Proportia serviciilor medicale spitalicesti acordate prin spitalizare de zi din totalul serviciilor medicale spitalicesti acordate pe spital	**37%**
C. Indicatori economico - financiari	Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat	**85.00%**
	Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	**80.00%**
	Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate pentru serviciile medicale furnizate, precum si din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sanatatii.	**73.00%**
	Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului	**4.00%**

	Costul mediu pe zi de spitalizare, pe fiecare sectie	**230**
	Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma "venituri proprii" inseamna , in cazul acestui indicator, toate veniturile obtinute de spital, exclusiv cele obtinute in contractul cu casa de asigurari de sanatate).	**3.00%**
D. Indicatori de calitate	Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital	**TOTAL = 0%**
	Rata infectiilor nosocomiale, pe total spital	**TOTAL = 0%**
	Rata bolnavilor reinternati in intervalul de 30 de zile de la externare fara programare	**7%**
	Indicele de concordanta intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare	**98%**
	Procentul bolnavilor transferati catre alte spitale din totalul bolnavilor internati	**0%**
	Numarul de reclamatii/ plangeri ale pacientilor inregistarate	**0**

- La nivelul spitalului se urmăreşte:
- îmbunătăţirea îngrijirii pacienţilor;
- creşterea satisfacţiei pacienţilor;
- creşterea calităţii serviciilor medicale şi hoteliere;
- siguranţa pacientului.

- La baza managementului calităţii totale se află:
- principiul orientării către client;
- principiul îmbunătăţirii continue;
- principiul zero defecte;
- principiul situării calităţii pe primul plan.

V. OBIECTIVE GENERALE ALE Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret

- **OBIECTIVELE GENERALE**

✓ Îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale, aplicarea cerinţelor Sistemului de management al Calităţii conform Standardului ISO 9001:2015;
✓ Orientarea către pacient având ca scop final satisfacerea nevoilor acestora, diversificarea gamei de servicii oferite, creşterea încrederii acestora în serviciile oferite de spital;
✓ Îmbunătăţirea condiţiilor hoteliere prin continuarea investiţiilor privind lucrările de reabilitare şi modernizare;
✓ Pregatirea profesională a angajaţilor prin planuri anuale de pregătire profesională.

- **OBIECTIVE STRATEGICE**

✓ Creşterea calităţii serviciilor medicale de sănătate;
✓ Creşterea gradului de siguranţă şi de satisfacţie a pacientului;
✓ Favorizarea investiţiilor în procurarea de echipamente;
✓ Reducerea costurilor prentru creşterea eficienţei;
✓ Atragerea de noi surse de finanţare pentru procurarea de aparatură medicală;
✓ Întărirea credibilităţii în personalul medical;
✓ Instruirea şi formarea personalului angajat al **Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret**;
✓ Monitorizarea pacienţilor.

- **Obiectivele Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret în domeniul calităţii:**

✓ Creşterea calităţii serviciilor, prin poziţionarea pacienţilor în centrul preocupărilor noastre şi oferirea serviciilor adaptate nevoilor şi dorinţelor lor;
✓ Asigurarea unui management competent, la cele mai înalte standarde de etică şi profesionalism;
✓ Îmbunătăţirea continuă a comunicării cu toţi partenerii noştri, prin asigurarea transparenţei şi accesului la informaţii.
✓ Respectarea de către angajaţii spitalului a valorilor etice şi valorilor organizaţiei;
✓ Aplicarea reglementărilor cu privire la etică, integritate, evitarea conflictelor de interes, prevenirea şi raportarea fraudelor şi semnalarea neregularităţilor;
✓ Respectarea de către salariaţii spitalului a documentelor privind misiunea entităţii publice, a regulamentelor interne şi a fişelor posturilor, în vederea atingerii obiectivelor spitalului;
✓ Stabilirea activităţilor pentru siguranţa pacientului, creşterea gradului de conştientizare a personalului, crearea unei culture organizaţionale bazate pe siguranţa pacientului;
✓ Crearea de comitete multidisciplinare, comisii şi grupuri de lucru pentru facilitarea participării personalului la activităţile de îmbunătăţire a calităţii (ex: Comisia de coordonare a procesului de evaluare în vederea obţinerii reacreditarii, Comisia de recepţie a substanţelor biocide şi a dezinfectanţilor, etc);
✓ Stabilirea de responsabilităţi în procesul de asigurare a siguranţei pacientului;

- ✓ Utilizarea permanent a procedurilor privind managementul calităţii în scopul îmbunătăţirii proceselor, sistemelor, precum şi a serviciilor oferite;
- ✓ Evaluarea internă a calităţii prin proceduri, protocoale, regulamente implementate pentru fiecare sector de activitate;
- ✓ Îndeplinirea standardelor de calitate în activitatea din toate sectoarele medicale şi administrative;
- ✓ Urmărirea şi implementarea activităţilor în vederea creşterii calităţii actului medical şi a gradului de satisfacţie a pacientului;
- ✓ Îmbunătăţirea satisfacţiei tuturor părţilor interesate, inclusive a personalului şi pacienţilor

VI. Personal

Faţă de anul 2014, în spital se poate observa o creştere cu aproximativ 13% a angajaţilor din cadrul strict al activităţii medicale, fapt ce conduce la creşterea calităţii actului medical oferit pacienţilor.

În organigrama Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret sunt cuprinse un număr de 209 posturi aprobate, din care 167,5 posturi ocupate cu un fond total de salarii în sumă 796184 lei, astfel:

Nr. Crt.	Funcţia	Nr. posturi	Salarii de bază cf. Lg.nr.250/2016	Sporuri: tură, condiţii deosebit de periculoase şi pentru zilele nelucrătoare	Total brut
1	Medici	13	82247	33805	116052
2	Alt personal superior	12	32764	19948	52712
3	Personal mediu sanitar	50	110593	114416	225009
4	Infirmieri, îngrijitori curăţenie, spălătorese, brancardieri, DDD	91	135936	156869	292805
5	T.E.S.A.	19	44345	24165	68510
6	Muncitori, personal de pază	24	23913	17183	41096
	TOTAL	**209**	**429798**	**366386**	**796184**

Total posturi normate = 209, din care 13 funcţii de conducere şi 4 posturi medici rezidenţi pe post:

1	**MEDICI REZIDENŢI PE POST**	4	12517	7504	20021
	TOTAL	4	12517	7504	20021

Număr personal posturi ocupate = 168, la care se mai adaugă 6 contracte prestări servicii:

- Total femei = 120 + 2 prestări servicii;
- Total bărbaţi = 48 + 4 prestări servicii.

- Din Siret = 141;
- Din altă localitate = 33.

- **Personal medical cu studii superioare = 24 ,** din care **2** medici cu PFA.
  - 15 = **Medici,** din care: 4 medici rezidenţi pe post (1 = anul III şi 3 = anul I), 2 medici pentru linia de gardă care au funcţia de bază la altă unitate, 1 medic primar de interne = ½ normă şi **2** medici specialisti cu PFA.

  Alt personal medical cu studii superioare:

  - 1= Farmacist şef;
  - 2 = Asistent social principal;
  - 1 = Bioingner medical principal;
  - 1 = Kinetoterapeut principal;
  - 1 = Psiholog specialist;
  - 1 = Preot gr.II;
  - 1 = Economist managementul calităţii;
  - 1 = Consilier juridic managementul calităţii.

Personal medical cu studii medii = 43, din care 1 PFA

- 35 = Asistenţi medicali;
- 7 = Instructori ergoterapie, din care 1 PFA;
- 1 = Registrator medical.

Personal auxiliar sanitar = 81

- 68 = Infirmieri;
- 9 = Îngrijitori curăţenie;
- 1 = Brancardieri;
- 2 = Spălătorese;
- 1 = Supraveghetor bolnavi psihici.

- **Personal muncitor şi de deservire = 16,** din care 2 PFA
  - 15 = Muncitori, din care 2 PFA (1 frizer şi 1 electrician);
  - 1 = Secretar IA.

- **Personal TESA = 11,** din care 1 PFA
  - 2 = Conducere;
  - 1= Şef serviciu ATAP;
  - 1 = Şef birou RUNOS;
  - 2 = Economist IA;
  - 1 = Consilier Juridic;
  - 1 = Responsabil cu Sănătatea şi securitatea în muncă, din care 1 PFA;
  - 1 = Contabil IA;
  - 1 = Merceolog IA;
  - 1 = Magaziner IA;

Personal plecat si angajat in 2016

- Plecaţi = 0 salariaţi
- Angajaţi = 5 salariaţi, din care:

  - 1 – Asistent medical la compartiment nosocomiale;
  - 1 – Infirmier la secţia psihiatrie cronici II;
  - 3 – Medici rezidenţi pe post.

VII. Buget

Referitor la Bugetul de venituri şi cheltuieli, vă aducem la cunoştinţă, următoarele:

În anul 2015, fondurile de la Casa de Sănătate au fost în valoare de:

8.523.769,69 lei, iar în anul 2016 fondurile de la Casa de Sănătate au fost în valoare de 8.563.405,31 lei, ceea ce înseamnă un contract mai mare cu 39.635,62 lei.

În cursul anului 2016 s-a mai alocat de la Casa de Sanatate suma de 1.307.076 lei conform OUG 35//2015, suma de 27.119,65 conform OUG 43/2016 şi suma de 185.662,58 lei conform OUG 20, sume acordate pentru creşterile salariale. Această creştere rezultă, atât din creşterea tarifului pe caz şi pe zi de spitalizare, cât şi din creşterea zilelor contractate în număr mai mare.

În anul 2016, fondurile de la Direcţia de Sănătate Publică au fost în valoare de 58.578 pentru Acţiuni de Sănătate, iar pentru Programele Naţionale de Sănătate, în valoare de 56.994 lei; În anul 2015 fondurile de la Direcţia de Sănătate Publică au fost în valoare de 69.721 lei pentru Acţiuni de Sănătate şi 23.399 lei pentru programele de Sănătate privind dezvoltarea activităţilor de terapie ocupaţională.

Pentru dotarea spitalului s-a folosit fondul de dezvoltare constituit pentru anul 2016, din care s-a achiziţionat generator curent electric şi instalaţie senzori fum.

Pentru dotarea spitalului cu aparatură medicală s-a alocat de la Ministerul Sănătății suma de 51.000 lei și pentru reparații capitale în sănătate, suma de 134.000 lei.

Alte venituri încasate de spitalul nostru au fost din ergoterapie, servicii medicale, chirii, dobânzi în valoare totală de 53.717 lei.

VIII. Dotări si activități administrative

Spitalul are farmacie proprie deservită de un farmacist și 2 cadre medii.

Farmacia este bine aprovizionată și pune la dispoziție atât medicația specifică spitalului (cea psihiatrică) dar și medicație pentru afecțiunile somatice acute și cronice.

Spitalul nu are laborator propriu dar are contract de furnizare servicii de specialitate cu un laborator privat. De asemenea pentru investigații imagistice și consulturi de specialitate are contract de furnizare servicii cu diverși operatori privați sau de stat (spitale).

- **Linia de gardă**

Este asigurată linie de gardă cu medic și personal mediu 24 ore din 24 ore.

Adresabilitate

În Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret (singurul cu secție de cronici din județul Suceava) funcționează o secție de acuți cu 15 paturi, o secție de cronici cu 35 paturi și o secție de cronici de lungă durată cu 160 paturi.

Spitalul asigură urgențele psihiatrice din zona arondată (în secția de acuti), continuarea tratamentului supravegheat pentru cei care necesită acest lucru atât din zona arondată cât și pacienți reorientați de la celelalte spitale de psihiatrie din județ. În secția de cronici de lungă durată se află internați pacienți care prezintă și probleme sociale (mare parte proveniți din fostul Spital de Neuropsihiatrie Infantilă Siret).

- **Patologii asociate**

Pacienții internați în Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret au vârste cuprinse între 18 și 90+ ani asociind afecțiunii psihiatrice o variată gamă de comorbidități: malformații congenitale (în special pacienții care provin de la fostul Spital de Neuropsihiatrie Infantilă Siret), probleme neurologice și afecțiuni cardiovasculare (pacienții vârstnici și nu numai), afecțiuni respiratorii (marii fumători), afecțiuni gastroenterologice și hepatice (marii consumatori de băuturi alcoolice), intercurențe respiratorii, afecțiuni dermatologice și parazitare (cazurile sociale), precum și variate afecțiuni din celelalte ramuri ale medicinei dar cu frecvență mai scăzută (endocrinologice, diabet zaharat, ORL, oftalmologice, stomatologice).

- **Procedura de acordare a asistenței medicale**

La internare sau ori de câte ori este nevoie pacienții sunt supuși la un examen de bilanț clinic și paraclinic pentru a identifica eventualele comorbidități somatice care pot interfera cu starea de bine a pacienților. Acest bilanț este efectuat de cei doi medici de medicină internă iar monitorizarea pacienților din secția cronici cu internare de lungă durată este asigurată de medicii generaliști. Atunci când bilanțul stării de sănătate ridică probleme de diagnostic sau atitudine terapeutică se apelează la consulturi interclinice de alte specialități până la rezolvarea cazului.

Astfel în anul 2015 au fost realizate un total de 598 **de investigații paraclinice, ceea ce reprezintă 62% din totalul** pacienților externați. Principalele investigații au fost:

- 112 Computer tomograf;
- 6 RMN;
- 131 investigații radiologice;
- 327 consultații interclinice de diverse specialități (neurologie, chirurgie, ORL, urologie, oftalmologie, etc.);
- 22 ecografii.

În acest interval la pacienții internați au fost diagnosticate mai multe cazuri de boală neoplazică, aceștia fiind orientați spre serviciile de specialitate pentru cura terapeutică. În cazul pacienților cu internare de lungă durată s-au făcut demersuri pentru terapie de specialitate asigurându-se transportul și însoțitor permanent din cadrul spitalului precum și asistență în perioada dintre curele de tratament: suport nutritiv și medicație de întreținere pentru prevenirea efectelor secundare ale chimioterapiei.

IX. Îmbunătățiri aduse infrastructurii, în anul 2016

- Secția Cronici I
  - Montaj Aparate aer condiționat + a doua sursă de căldura pe toate saloanele;
  - Înlocuire linoleum Tarket pentru parter – parțial;
  - Realizare cabinet relaxare: incluzând 3 fotolii rotative de relaxare și aparat light terapy (sunt singurul spital din județ care oferă acest tip de terapie pentru depresie);
  - Achiziționare 6 sisteme moderne de imobilizare și poziționare cu funcționare magnetică, pentru a asigura imobilizarea pacientului aflat în stare de agitație conform standardelor și legislației în vigoare;
  - Achiziționare aparatură medicală de ultimă generație, Ecograf+cadru, Concentrator oxigen;
  - Realizare pavaj alei acces auto;
  - Realizare alee senzorială – parțial;
  - Materiale pentru realizare foișor + instalație electrică;
  - Achiziționarea unui număr de 33 de paturi moderne+saltele și 5 saltele antiescare;
  - Achiziționarea unui număr de 40 de noptiere noi;
  - Achiziționare echipament medical.

- Secția Cronici II
  - Montaj Aparate aer condiționat + a doua sursă de căldură pe toate saloanele;
  - Achiziționare aparatură medicală de ultimă generație : Monitor pacient, Defibrilator, Concentrator oxigen, cântar scaun;
  - 3 Carucioare pentru persoanele cu handicap motric;
  - Realizare pavaj alei acces auto, alei pietonale;
  - Achiziționare echipament medical;
  - Montaj sistem securizat de alarmă în caz de incendiu;
  - Dotare magazie cu 4 frigidere noi și o ladă frigorifică.

- Sectia Cronici III - corp reabilitat
  - Montaj Aparate aer condiționat + a doua sursă de căldură pe toate saloanele;
  - Achiziționare aparatură medicală de ultimă generație : Monitor pacient, defibrilator, electrocardiograf, concentrator oxigen;
  - Realizare pavaj alei acces auto, alei pietonale;
  - Achiziționare echipament medical;
  - Realizare camera stimulare senzorială, suntem unicul spital care oferă acest serviciu pentru persoanele cu handicap mintal sever, autism, stare de agitație, paralizie cerebrală, etc;
  - Achiziționare generaor de curent electric.

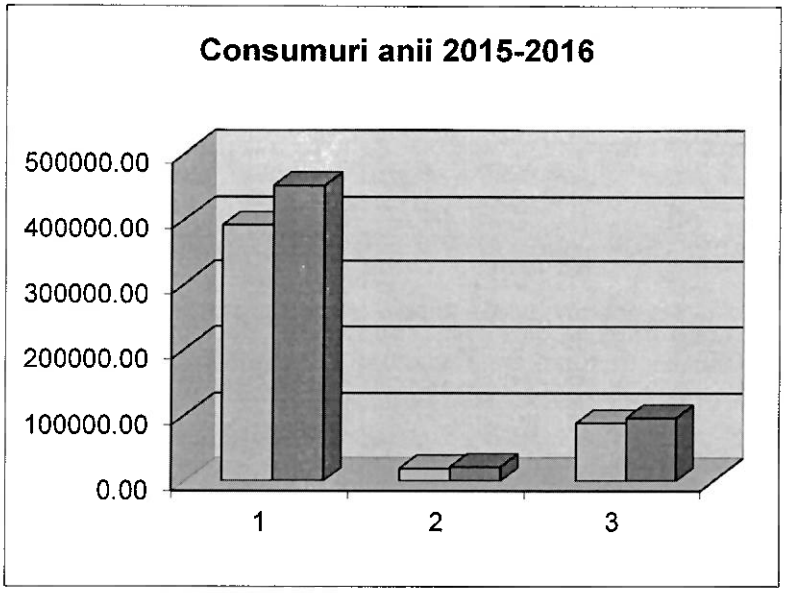
- **Achiziții pe sisteme SEAP**

- Total nr. achiziții directe 3143 comenzi prin SEAP;
- Total procent achiziții e-licitatie.ro **(84 %).**

- **Achiziții de medicamente și materiale sanitare**

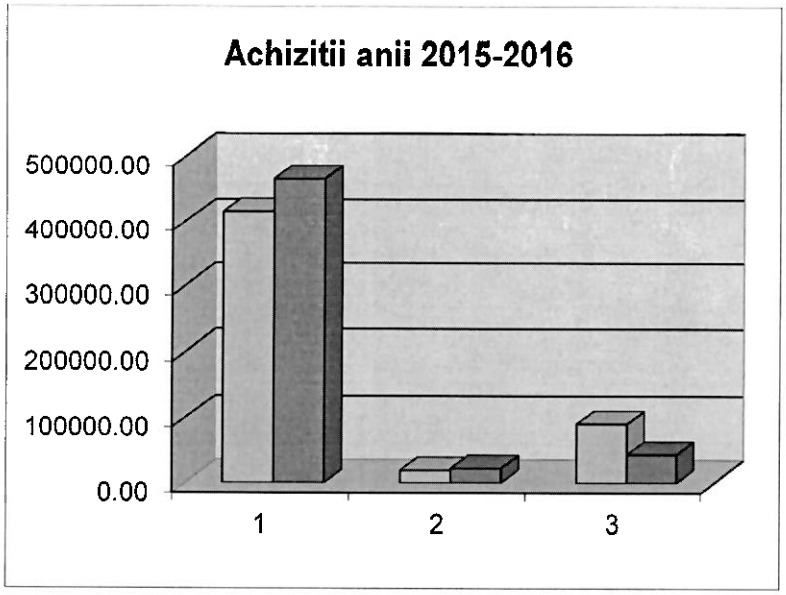
Situația consumurilor de medicamente în anii 2015-2016 (lei)

Gestiunea/anul	2015	2016
1.medicamente comun	391145.83	451122.25
2.materiale sanitare comun	19248.49	21518.24
3.dezinfectanți	88707.00	96761.25
total	499101.32	569401.74



Situația achizițiilor de medicamente în anii 2015-2016 (lei)

Gestiunea/anul	2015	2016
1.medicamente comun	415556.64	465633.86
2.materiale sanitare comun	19059.82	22189.80
3.dezinfectanți	91053.71	43466.69
total	525670.17	531290.35



- **Raport statistic**

	2015	2016
Numărul de bolnavi internați, total și pe secții	ACUȚI - 319 CRONICI I - 591 CRONICI II - 182 **TOTAL – 1092**	ACUȚI - 307 CRONICI I - 548 CRONICI II - 22 **TOTAL - 877**
Numărul de bolnavi externați total și pe secții	ACUȚI - 316 CRONICI I - 584 CRONICI II - 37 **TOTAL – 937**	ACUȚI - 305 CRONICI I - 541 CRONICI II - 30 **TOTAL - 876**
Zile de spitalizare realizate total și pe secții	ACUȚI = 2717 CRONICI I = 15970 CRONICI II = 52247 **TOTAL = 70934**	ACUȚI = 2532 CRONICI I = 15575 CRONICI II =

		51961 **TOTAL = 70068**
Durata medie de spitalizare, pe spital și pe secții	ACUȚI = 8,49 CRONICI I = 25,47 CRONICI II = 287,07 **TOTAL = 62,83**	ACUȚI = 8,14 CRONICI I = 26,35 CRONICI II = 311,14 **TOTAL = 65,55**
Rata de utilizare a paturilor, pe spital și pe secții	ACUȚI = 49,63% CRONICI I = 125,01% CRONICI II = 89,46% **TOTAL = 92,54%**	ACUȚI = 46,25% CRONICI I = 121,92% CRONICI II = 88,47% **TOTAL = 91,41%**
Rulaj bolnav/pat, pe spital și pe secții	ACUȚI = 21 CRONICI I = 18 CRONICI II = 1 **TOTAL = 5**	ACUȚI = 21 CRONICI I = 17 CRONICI II = 1 **TOTAL = 5**
Rata mortalității intraspitalicești, pe total spital și pe fiecare secție	ACUȚI = 0% CRONICI I =0,1% CRONICI II = 0% **TOTAL = 0,1%**	ACUȚI = 0% CRONICI I =0% CRONICI II = 0,1% **TOTAL = 0,1%**
Rata infecțiilor nosocomiale, pe spital	**TOTAL = 1,45%**	**TOTAL = 1,59%**
Indicele de complexitate a cazurilor	**Acuți = 1,2973**	**Acuți = 1,4045**
Cheltuilei medicamente pentru un pat	ACUȚI - 1756 CRONICI I - 4366 CRONICI II - 1327 **TOTAL - 1864**	ACUȚI - 1633 CRONICI I - 5767 CRONICI II - 1472 **TOTAL - 2199**
Cheltuilei medicamente pentru un bolnav	ACUTI - 82 CRONICI I - 244 CRONICI II - 1166 **TOTAL – 347**	ACUTI - 79 CRONICI I - 342 CRONICI II - 1410 **TOTAL - 432**
Cheltuilei medicamente pentru o zi de spitalizare	ACUTI - 10 CRONICI I - 10 CRONICI II - 4 **TOTAL – 6**	ACUTI - 10 CRONICI I - 13 CRONICI II - 5 **TOTAL - 7**

X. 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. 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 organize 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 activităţii 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 neraspunzând 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 standardelor minime obligatorii care implică

Puncte tari	Puncte slabe
	o modularizare a încăperilor, accesibilizarea acestora şi integrarea în comunitate. De asemenea, grupurile igenico-sanitare trebuiesc 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 trebuiesc 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".

XI. PROBLEMATIZAREA PLANULUI MANAGERIAL

- **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 si 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.

- **Descrierea problemei prioritare**

În prezent, legislaţia în domeniul sănătăţii mentale, 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 şi din analiza deprinderilor de viaţă independentă. Analiza efectuată pe toţi beneficiarii internaţi în secţia Cronici 2, beneficiari cu un istoric quasi permanent de instituţionalizare şi un grad ridicat de dependenţă faţă de instituţie.

- **Dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă**

Aceasta reprezintă un deziderat în psihiatria comunitară unde se vorbeşte foarte des de reabilitare şi de reinserţie socio-profesională. Spitalul din Siret, ca majoritatea spitalelor de cronici, moştenind minori instituţionalizaţi la vârste foarte fragede trebuie să se ocupe de inserţia şi abilitarea beneficiarilor. Aceste procese de obicei se realizează în familie, de aceea unul dintre obiectivele acestui proiect este realizarea unui centru terapeutic multifuncţional.

- **Analiza nivelului de dezvoltare a deprinderilor de viaţă independentă**

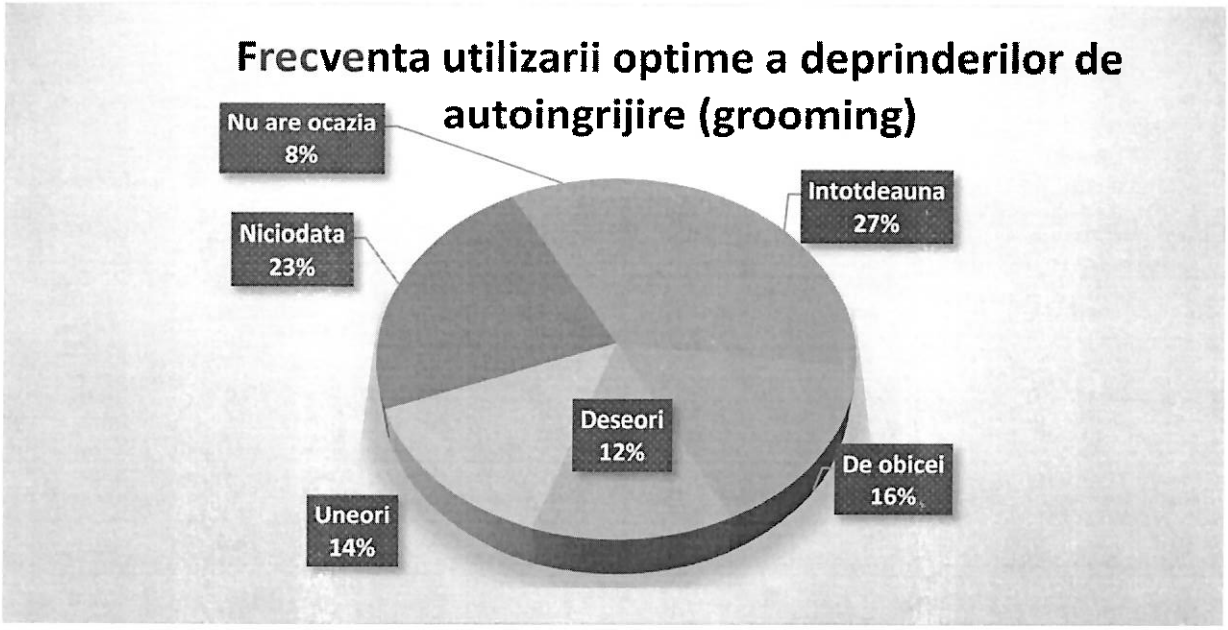
Pentru a evalua obiectiv şi realist deprinderile de viaţă independentă a tuturor beneficiarilor din Secţia Cronici 2 s-a folosit un instrument standardizat recunoscut şi folosit la nivel internaţional. Deprinderile de viaţă independentă au mutat rolul îngrijirilor din domeniul psihiatriei comunitare dinspre îngrijirea medicală către aspectele funcţionale ale reinserţiei sociale a pacienţilor. Această evaluare este una necesară şi repetitivă oferind o imagine comprehensivă asupra abilităţilor bolnavilor şi a evoluţiei acestora.

ILSS – Independent Living Skils Survey reprezintă un instrument comprehensiv, obiectiv, orientat pe comportamente, uşor de administrat şi se adresează evaluării abilităţilor funcţionale de viaţă ale persoanelor cu boli mentale persistente (cronici). Acest instrument a determinat existenţa

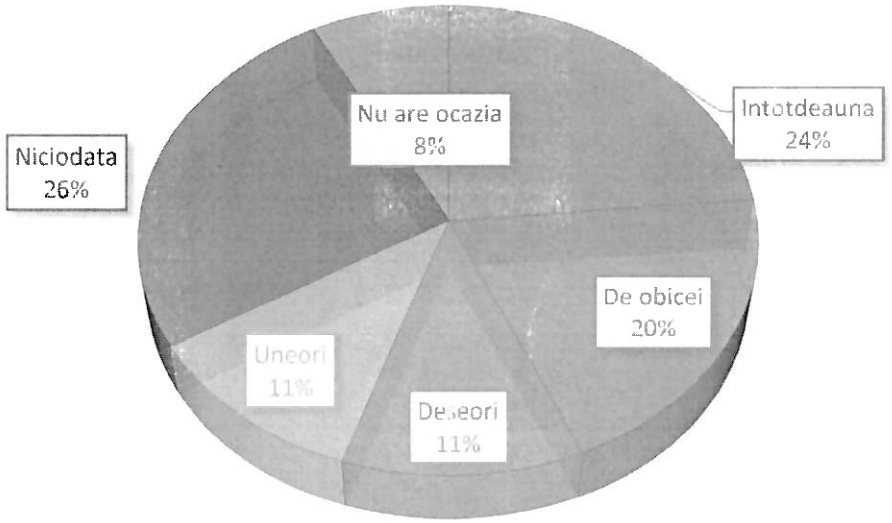
a 10 domenii de funcționare a pacienților bolnavi mintal, domenii care asigură independența persoanei în societate. Acestea sunt:

- Igienă;
- Îngrijire personală (grooming);
- Bunuri personale;
- Pregătirea și păstrarea mâncării;
- Îngrijirea sănătății;
- Gestionarea banilor proprii;
- Folosirea mijloacelor de transport în comun;
- Loisir;
- Căutarea unui loc de muncă;
- Păstrarea locului de muncă.

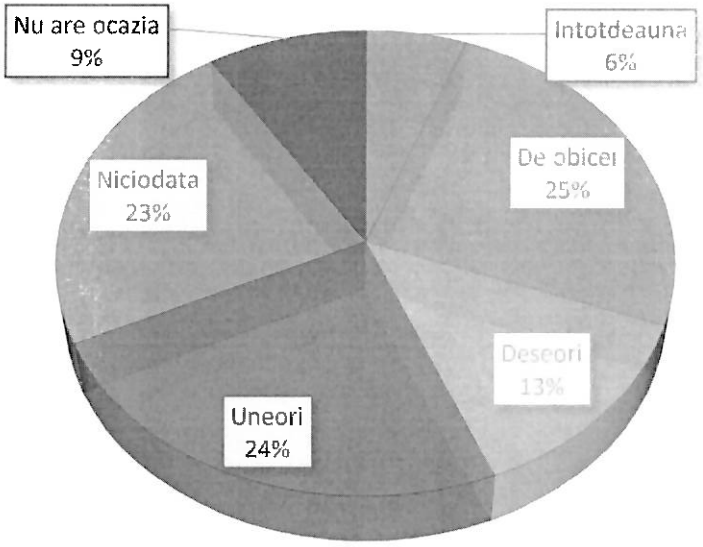
În analiza efectuată pe beneficiarii spitalului am exclus cele două domenii legate de locul de muncă. Instrumentul a fost aplicat de asistentul social și asistență medicală după o monitorizare atentă a frecvenței comportamentelor descrise în scală. Rezultatele obținute se regăsesc sintetic în graficele de mai jos.

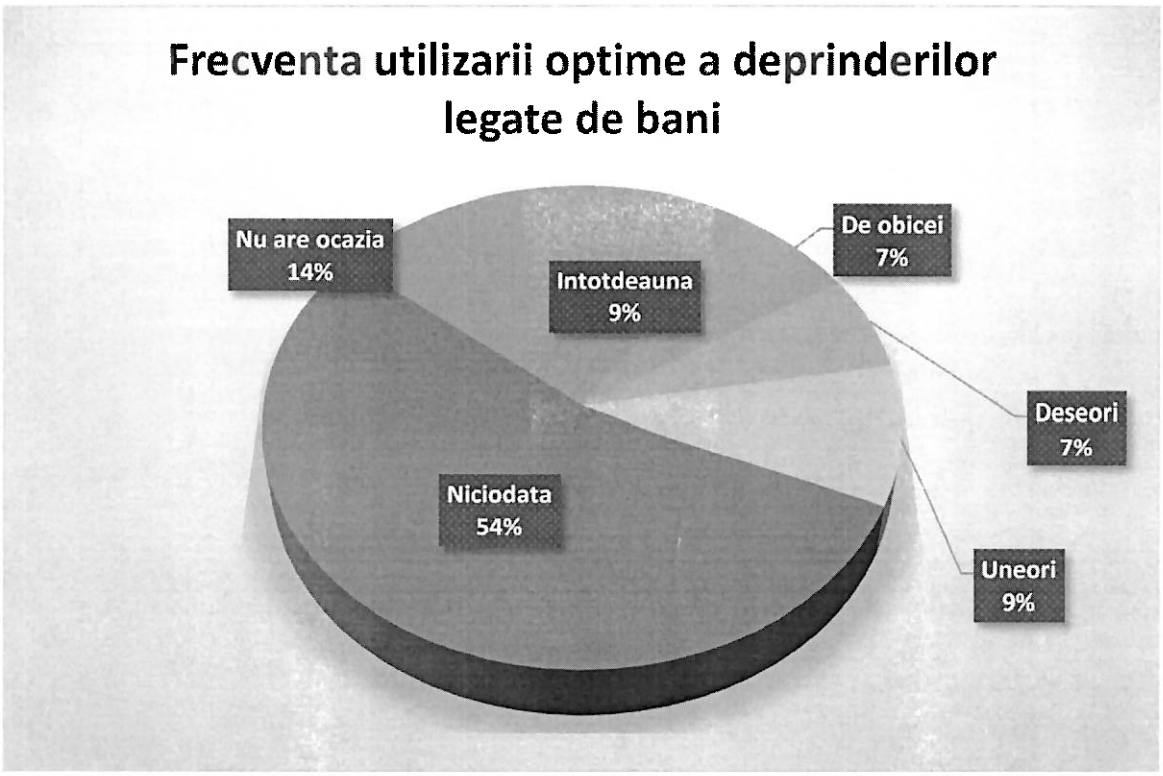


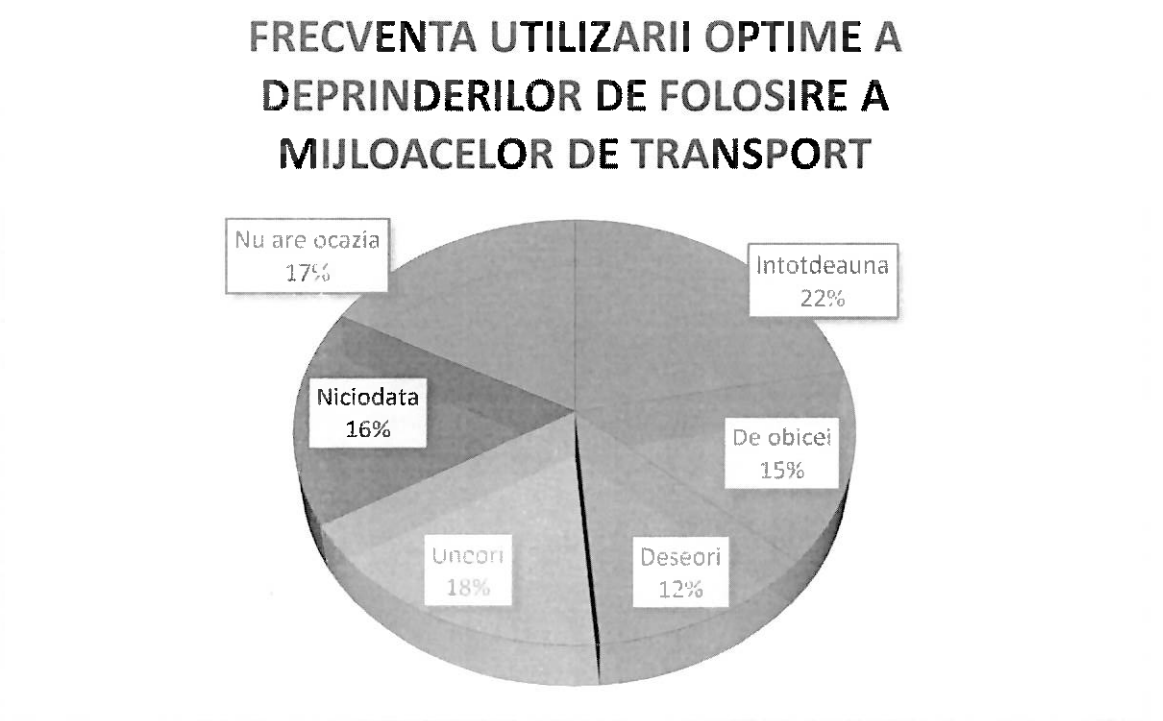
FRECVENTA UTILIZARII OPTIME A DEPRINDERILOR DE IGIENA



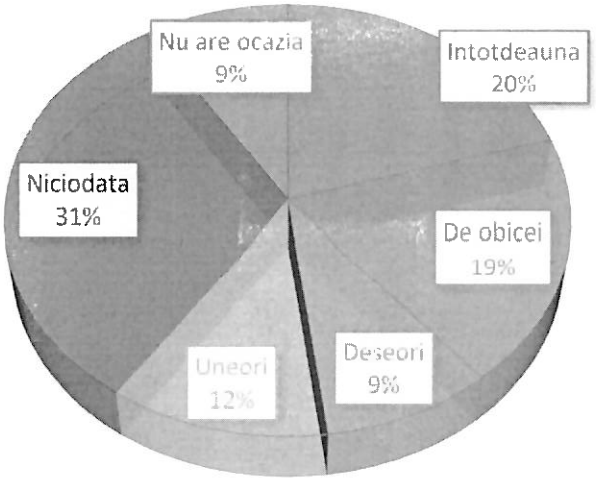
FRECVENTA UTILIZARII OPTIME A BUNURILOR PERSONALE

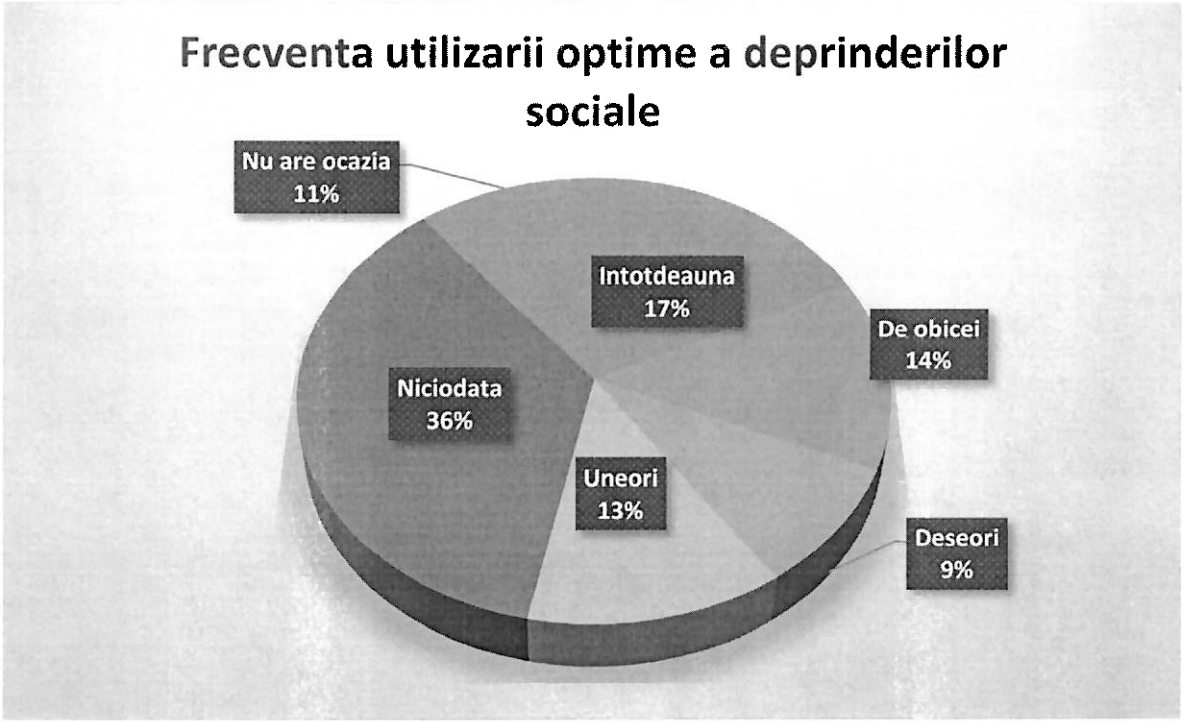



Frecventa utilizarii optime a deprinderilor legate de bani
Nu are ocazia 14%
Intotdeauna 9%
De obicei 7%
Deseori 7%
Niciodata 54%
Uneori 9%


FRECVENTA UTILIZARII OPTIME A DEPRINDERILOR DE FOLOSIRE A MIJLOACELOR DE TRANSPORT
Nu are ocazia 17%
Intotdeauna 22%
Niciodata 16%
De obicei 15%
Uneori 18%
Deseori 12%

FRECVENTA UTILIZARII OPTIME A DEPRINDERILOR DE HRANIRE





Concluzii privind deprinderile de viața independenta:

- În majoritatea cazurilor există un echilibru între beneficiarii care prezintă o frecvența foarte mare a deprinderilor optime dar și beneficiarii care nu au asimilate aceste deprinderi deloc sau într-o foarte mică măsură. În aceste cazuri crearea unor grupuri de self help și abordarea peer to peer ca metodă de instruire ar fi foarte indicată.
- Un caz deosebit, care arata o limită clară a valențelor formative ale sistemului sanitar este cunoașterea și folosirea banilor. Cronicizarea statutului de pacient, de beneficiar pasiv al sistemului de îngrijire aduce după sine și o sub dezvoltare a deprinderilor de viață independentă. Aceasta este direct proporțională cu lipsa de experiențe formative din punct de vedere social dar și cu limitarea capacității de înțelegere generată de handicapul mintal. Lărgirea experiențelor sociale, jocul de rol și capacitarea beneficiarilor către o viață mai independentă ar fi o soluție pentru acest tip de probleme.
- În aceiași linie de idei se înscriu deprinderile sociale și de hrănire. Deși acestea sunt mediu spre bine dezvoltate, totuși, experiența socială limitată și felurile limitate de mâncare ce le sunt oferite fac ca aceste deprinderi să fie subdezvoltate față de capacitatea lor sau de experiențele similare ale tinerilor cu același handicap dar care au crescut în familii și in societate, nu în instituții.

Dezvoltarea unui program de formare în facilități de tipul centru de zi sau centru comunitar ar veni în sprijinul diversificării deprinderilor de viață independentă și ar crește încrederea în sine a beneficiarilor. Un rol important în acest domeniu îl are și implicarea voluntarilor în diversificarea experiențelor sociale ale beneficiarilor spitalului, lucru ce are un impact mai mare deoarece implică o activitate dezinstituționalizată și o normalizare a experiențelor sociale. Implicarea voluntarilor în aceste activități se demonstrează a fi o situație de tip win/win, având un impact real asupra beneficiarilor dar și ajutând la dezvoltarea armonioasă a voluntarilor.

- **Planificarea activităților**

Sub forma graficului Gannt, acest tip de grafic se adresează beneficiarului de tip "mediu". În general acest tip de grafic trebuie folosit ca punct de reper, fiind mai importantă ordinea în care sunt ordonate programele, perioada optimă de start a acestui program și durata sa optimă. În lucrul cu acest tip de beneficiari flexibilitatea este crucială și trebuie abordată individual, nu general, ținând cont de ritmul individual de dezvoltare și evoluție. El este gândit, pentru conformitate la 10 luni de tratament.

Program \ Luna	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stabilirea cooperării prin cerințe simple										
Potrivirea (matching) și sortarea										
Imitația non verbală										
Abilități de activități prin joc și imitare										
Imitație verbală										
Denumiri receptive										
Arte și lucru manual										
Abilități de autoservire										
Denumiri expresive										
Abilități de citire și scriere										
Culoare, formă și mărime										
Vreau, văd, am										
Exprimarea în propoziții										
Exprimarea emoțiilor										

- **Utilizarea eficientă a resurselor financiare ale spitalului**

Activităţi necesare:

- Monitorizarea lunară şi trimestrială a cheltuielilor spitalului şi încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat al spitalului;
- Asigurarea transparenţei în procesul de achiziţie de medicamente, materiale, echipamente etc. la preţuri cât mai mici,
- Înfiinţarea unei comisii profesionale de analiză a consumului, necesarului şi achiziţiilor de medicamente, materiale, echipamente etc.
- Realizarea unor evidenţe cantitativ-valorice a consumurilor de medicamente şi materiale pe secţie, medic, pacient etc.
- Utilizarea cu precădere a medicamentelor generice pentru tratamentele spitaliceşti
- Participarea comună a unor spitale locale, regionale sau de profil similar la achiziţii de medicamente, materiale sanitare etc.

- **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 internaţionale şi naţionale şi necesitatea regândirii modalităţii de rezidenţă şi recuperare a pecienţilor se impun următoarele acţiuni:
- Închiderea pavilionului de cronici din centrul oraşului, cu 150 de beneficiari şi mutarea acestora în căsuţe de tip familial, ţinând cont de următorii paşi:
- Construcţia în cel mai scurt timp posibil a unei serii de facilităţi terapeutice precum:
  - centru de recuperare neuromotorie;
  - ateliere vocaţionale;
  - ateliere de integrare ocupaţională;

- 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 şi ar putea aduce, pe termen mediu sau lung economii la nivelul bugetului de venituri şi 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 si mobile, cu reducerea numărului de internări ce nu sunt necesare.

- **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 concordanţa 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.

- **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;

XII 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 orgnizației, 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;
- Creeaza un limbaj comun pentru toți paritcipanții la procesul de implementare a schimbării (beneficiari și angajați).

Factori cheie pentru succes	**Ce urmărim?**	**Indicatori de performanță**	**Valoarea ținta 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 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 semntificativă din punct de vedere statistic a calității deprinderilor de viață independentă și a calității vieții, în mod constant pentru minim 6 luni

Factori cheie pentru succes	Ce urmărim?	Indicatori de performanță	Valoarea ținta a indicatorilor
Creșterea calității îngrijirii spitalicești	Creșterea calității serviciilor oferite în cadrul instituției în concordanță cu dorințele beneficiarilor și aparținătorilor Creșterea investițiilor în domeniul achiziției de medicamente	Evaluarea riscurilor Proceduri privind riscurile Analiza incidentelor semnalate Formarea procedurilor de self help	Existența cel puțin a unei proceduri de evaluare a riscurilor clinice (care să includă auto rănirea, vulenrabilitate și riscul față de ceilalți) Infinitarea a cel puțin un grup de self help 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 prgramelor oferite	Creșterea numărului de servicii și programe Creșterea numărului de persoane care accesează serviciile Crearea unui centru de recuperare modern care să răspundă nevoilor beneficiarilor din spital și din comunitate	Numărul de servicii si programe nou înființate Numărul de persoane care accesează serviciul	4 servicii nou înființate la nivelul comunității și 4 programe nou înființate la nivelul spitalului 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.

Întocmit,

Manager Psih. Rotaru-Anghelescu Tiberiu-Andrei