




SPITALUL CLINIC CAI FERATE ORADEA	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ de comunicare	Ediția: 2 Nr.de ex.: 22
		Revizia: 1 Nr.de ex. : 0
	Cod: P.O.67	Pagina 1 din 16
		Exemplar nr.:

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau dupa caz, a reviziei in cadrul editiei procedurii operationale

	Elemente privind responsabilii/operatiunea	Numele si prenumele	Funcția	Data	Semnatura
	1	2	3	4	5
1.1.	Elaborat	Dacin Florin	Responsabil managementul calitatii	26.11.2019	
1.2.	Verificat	Dr.Chipurici Marius	Director medical	26.11.2019	
1.3	Aprobat	Dr.Sandor Mircea Ioan	Manager	26.11.2019	

2. Situatia editiilor si a reviziilor in cadrul editiilor procedurii operationale

	Editia/ revizia in cadrul editiei	Componenta revizuita	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplica prevederile editiei sau reviziei editiei
	1	2	3	4
2.1.	Editia 2	x	x	26.03.2018
2.2.	Revizia 1	x		
2.3	Revizia 2			

3. Lista cuprinzand persoanele la care se difuzeaza editia sau, dupa caz, revizia din cadrul editiei procedurii operationale (conform tabel nominal anexat).

4. SCOP: Stabilește modul de derulare a procesului privind comunicarea internă și externă la nivelul spitalului; stabilește tipurile de informații, conținutul, calitatea, frecvența, sursele, destinatarii acestora și dezvoltă un sistem eficient de comunicare internă și externă, astfel încât conducerea și salariații să își poată îndeplini în mod eficace și eficient sarcinile, iar informațiile să ajungă complete și la timp la utilizatori.

5. DOMENIU DE APLICARE: Prezenta procedura se refera la :

- **Sistemul de comunicare externă** (autoritățile locale, parteneri, media)
- **Sistemul de comunicare internă**, cu accent pe următoarele activități :
- informarea sectoarelor de activitate cu privire la divergențe sau conflicte cu pacienții
- aducere la cunoștință a reglementărilor externe (hotărâri guvern, ordine etc.) și a celor interne (decizii, note, protocoale terapeutice etc.)
- informarea angajaților cu privire la potențialele probleme privind condițiile de muncă

- comunicarea internă a incidentei infecțiilor asociate asistenței medicale
- comunicarea instituirii carantinei
- comunicarea rezultatelor analizelor medicale în regim de urgență
- situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate
- comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic
- comunicarea cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului.
- comunicarea cu pacienții internați, nevorbitori de limba română
- comunicarea mimico-gestuală cu pacienții cu dizabilități internați
- limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.

6. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ:

- OMS nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- LEGE nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – REPUBLICARE
- LEGE nr. 46/2003 privind drepturilor pacientului
- LEGE nr. 544 din 12 octombrie 2001 privind liberul acces la informațiile de interes public
- Contract-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- OMS nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare
- OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003
- OMS nr. 1501/2016 privind aprobarea implementării mecanismului de feedback al pacientului în spitalele publice
- HOTĂRÂRE nr. 34/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice privind modalitatea de utilizare și completare a dosarului electronic de sănătate al pacientului
- OMS nr. 1123/2016 pentru aprobarea datelor, informațiilor și procedurilor operaționale necesare utilizării și funcționării dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului
- ORDIN nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic
- DIRECTIVA (UE) 2016/680 A PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI A CONSILIULUI din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal de către autoritățile competente în scopul prevenirii, depistării, investigării sau urmăririi penale a infracțiunilor sau al executării pedepselor și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Deciziei-cadru 2008/977/JAI a Consiliului.

7. DEFINIȚII:

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Comunicare	Transmiterea și schimbul de informații (mesaje) între persoane; proces prin care un emițător transmite o informație receptorului prin intermediul unui canal, cu scopul de a produce asupra receptorului anumite efecte
2.	Procedură de sistem	Procedură care descrie o activitate sau un proces care se desfășoară la nivelul tuturor compartimentelor/structurilor dintr-o entitate publică
3.	Procedură operațională	Prezentarea formalizată, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat în vederea realizării activității, cu privire la aspectul procesual
4.	Ediție a unei proceduri	Forma inițială sau actualizată, după caz, a unei proceduri

	de sistem	de sistem aprobată și difuzată
5.	Revizia în cadrul unei ediții	Acțiunile de modificare, adăugare, suprimare sau altele asemenea, după caz, a uneia sau a mai multor componente ale unei ediții a procedurii de sistem, acțiuni care au fost aprobate și difuzate

8. DESCRIEREA PROCESULUI:

Tipuri de comunicare:

A. Comunicarea între membrii echipelor medicale

Comunicarea în echipa medicală nu se rezumă doar la contactul cu diverși specialiști implicați în patologia pacientului, ci include și comunicarea cu ceilalți membri: asistente medicale, personal auxiliar paznici, tehnicieni, etc. Toți acești profesioniști fac parte din echipa de îngrijire medicală și trebuie tratați în mod egal.

a) Comunicarea pe verticală se realizează între posturi aflate în relații de sub sau supraordonare

1/ Comunicarea descendentă : se manifestă între administrator și subordonați

- concretizată prin transmiterea de decizii, reglementări, instrucțiuni, sarcini, solicitarea de informații
- factorii de decizie transmit obiective, încearcă motivarea personalului, inducerea de atitudini adecvate scopurilor
- canalele folosite: comunicarea față în față, ședințe, informări scrise (manuale, buletine), informații în format electronic
- dezavantaj: mesaj filtrat în timp ce este vehiculat de la un nivel la altul

2/ Comunicarea ascendentă: asigură transmiterea de mesaje de către subordonați șefilor directi și, succesiv, nivelurilor superioare

- reprezintă un feedback al informațiilor primite pe cale descendentă
- seful este informat despre moralul și motivația personalului și despre barierele comunicării
- conținut: semnalarea de probleme, rapoarte asupra performanței, nemulțumiri, inf. despre gradul de rezolvare a sarcinilor
- canalele se referă la: negocierile colective, politica ușilor deschise, tehnici participative, organizarea de către departamentul de resurse umane a unor sesiuni de consiliere cu angajații, administrarea periodică a unor chestionare de atitudine, a unor interviuri cu angajații care părăsesc organizația.

b) Comunicarea orizontală: se realizează între posturi și compartimente situate la același nivel ierarhic, între care există relații de colaborare

- diferă în funcție de structura organizației
- are ca scop conlucrarea și consultarea profesională pentru rezolvarea unor probleme complexe și pentru îndeplinirea unor obiective comune

Comunicarea orală, probabil cel mai des folosită în domeniul sănătății, poate fi directă, față în față sau prin telefon.

a) În cazul comunicării **față în față** va trebui să ne adaptăm termenii și expresiile atunci când comunicăm în funcție de nivelul profesional al interlocutorului și să abordăm o ascultare activă, făcând cealaltă persoană conștientă de faptul că suntem deschisi sugestiilor ei. Nu trebuie să uităm comunicarea "non-verbală" ce implică: menținerea contactului vizual, a expresiilor faciale, a limbajului corpului etc.

b) În cazul comunicării **la telefon** lipsește comunicarea non-verbală, fapt ce poate reprezenta un dezavantaj în anumite ocazii, conducând la neînțelegeri sau interpretări greșite. De aceea este necesar să ne asigurăm că ascultătorul a reușit să înțeleagă ce vrem să transmitem și să menținem în orice moment un ton pozitiv al vocii, care să nu lase loc unor interpretări sau conotații negative.

Comunicarea scrisă are ca principal avantaj faptul că oferă timp de gândire la ceea ce dorim să exprimăm și să ștergem ceea ce credem că nu este adecvat. Pentru a transmite corect intențiile comunicarea scrisă trebuie să fie concisă și concentrată asupra a ceea ce este relevant. Un dezavantaj îl reprezintă faptul că răspunsul în comunicarea scrisă nu este la fel de prompt ca în comunicarea orală.

În oricare dintre canalele de comunicare existente se poate aborda un ton oficial sau mai puțin oficial, în funcție de încrederea pe care o avem în cealaltă persoană sau de modul și stilul oficial sau mai puțin oficial pe care îl abordăm. În caz de dubii, nu trebuie să uităm că într-un mediu profesional trebuie să folosim stilul formal/oficial. Chiar și atunci când adoptăm un ton mai neoficial, nu trebuie să nelijăm niciodată respectul față de cealaltă persoană, evitând să exagerăm la capitolul încredere.

Mai mult de 70% din erorile medicale sunt atribuite dinamicii echipei disfuncționale. "Între ceea ce cred eu, ce vreau să spun, ce cred că spun, ce spun, ce vrei să auzi, ce auzi, ce crezi că ai înțeles, ce înțelegi, există opt posibilități de a nu înțelege", De la limba confuză, la tonuri sau gesturi care pot determina destinatarul să înțeleagă greșit mesajul transmis există posibilități de eșec. Dar când procesul de comunicare este executat corect, acesta favorizează încrederea, sudând și îmbunătățind relațiile interpersonale dintre membrii echipei.

B.Comunicarea cu pacientul: se realizeaza într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate

În cazul în care pacientul **nu cunoaște limba română**, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.

Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său

Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului

Comunicarea este cel mai important lucru în stabilirea relației cu pacientul, cu aparținătorii și cu ceilalți membri ai echipei medicale.

O buna comunicare ajută pacienții să se simtă în largul lor, să se simtă valorosi și apreciați și să simtă că dețin controlul.

Importante în comunicarea cu pacientul sunt:

a)Ascultarea și atenția: majoritatea pacienților preferă să vorbească direct și să explice problema cu care se confruntă. A ști să asculti este important și se bazează pe atenția deosebită a medicului față de pacient, fiind o abilitate cheie necesară comunicării.

b)Comunicarea nonverbală:

- postura corpului: comunicarea este mult mai bună când fața medicului este poziționată la același nivel cu a pacientului și medicul nu îl privește de sus, în cazul în care pacientul este așezat în pat sau pe un scaun; medicul trebuie să fie calm, să nu grăbească dialogul și să adopte o atitudine care să denote deschidere.

- contactul vizual: este necesară păstrarea contactului vizual cu pacientul, fără ca medicul să fie insistent în această direcție; de reținut că, pentru pacienți din anumite culturi, a privi pe cineva direct în ochi poate părea un pic nepoliticos.

- expresia facială: pentru că uneori, ceea ce gândim este redat inconștient de expresiile noastre faciale, este important să fim conștienți de expresia feței și să o controlăm în fiecare moment; pacienții nu trebuie să simtă îngrijorarea, frustrarea sau demotivarea medicului în legătură cu analizele efectuate, tratamentele prescrise, diagnostice, evoluție, prognostic etc.

- atingerea: este un mijloc foarte puternic de comunicare care transmite o preocupare suplimentară pentru situația pacientului; de reținut totuși, că în anumite culturi, „invadarea” spațiului personal prin atingere este inadmisibilă

c)Comunicarea verbală : atunci când transmitem mesajele trebuie să ne asigurăm că acestea sunt transmise: exact, corect, adecvat (în funcție de vârstă, limbă, cultură și nivel de înțelegere), clar și concis, mai ales dacă este vorba despre informații vitale pentru pacienți; medicul trebuie să se asigure că se adresează pacientului exact în modul în care pacientul și-ar dori să fie abordat, fără a fi neapărat formal și fără a uita că tonul vocii contează

d)Interviul/ chestionarul: pentru a afla nevoile, dorințele și așteptările pacienților putem folosi **intrebări închise**, atunci când avem nevoie de o confirmare sau de un răspuns simplu: „da” sau „nu” (exemplu: „Doriți o patura în plus?”) sau **intrebări deschise**, care trebuie să încurajeze un pacient să explice detaliat o problemă și să transmită informații suplimentare.

e) **Comunicarea scrisa:** este de baza in serviciile de sanatate intrucat include: schema de îngrijire și tratament a pacientului, responsabilitatile personalului medical si auxiliar etc.; in plus, comunicarea scrisa permite un raport privind monitorizarea activă a pacientului și este o dovadă a aplicării tratamentului .

Bariere in comunicarea cu pacientul:

- probleme senzoriale ale pacientului(deficiente de auz, vaz sau vorbire): medicul va vorbi fara sa ridice tonul si va pronunta cuvintele clar astfel incat pacientul sa poata citi pe buze ; la nevoie va utiliza sistemul de scriere Braille sau va apela la un **specialist in comunicarea mimico-gestuala**.

- pacienti confuzi sau dementi: pentru comunicarea cu acestia , pe cat posibil se vor elimina toți factorii poluanți fonici (de exemplu, televizorul), se va cauta un loc liniștit și izolat, astfel încât persoana respectivă să se poată concentra mai ușor, vor fi întrebați aparținătorii care sunt tiparele de comunicare cu persoana în cauză sau se apeleaza la ajutorul unui specialist din spital.

- pacienti care nu cunosc limba: pentru o conversație complexă cu pacientul și transmiterea de informații suplimentare, indicat este să se apeleze la un **translator** sau la unul dintre membrii familiei (aparținători).

Sistemul de comunicare externă

Pentru comunicarea externă, în cadrul spitalului sunt desemnate persoane cu atribuții de informare și relații publice (purtatori de cuvânt).

Persoanele cu atribuții de informare și relații publice exercită următoarele activități:

- informarea presei;
- informarea publică directă a persoanelor;
- informarea interinstituțională.

Persoanele cu atribuții de informare și relații publice comunică informații la cerere sau din oficiu.

Primirea, inregistrarea si repartizarea solicitarilor externe de informatii:

Solicitarile externe de informatii (cereri) se adreseaza la secretariat.Aici se inregistreaza in registrul unic de intrari-iesiri, dupa care se ataseaza la mapa de semnat a directorului executiv. Acesta inscrie o rezolutie pe fiecare document si ulterior il repartizeaza spre solutionare persoanelor responsabile, in functie de obiectul cererii.

Comunicarea în scris a informațiilor solicitate

Persoanele cu atribuții de informare și relații publice au obligația să răspundă în scris la solicitarea informațiilor de interes public în termen de 10 zile sau, după caz, în cel mult 30 de zile de la înregistrarea solicitării, în funcție de:

- dificultatea informațiilor solicitate;
- complexitatea informațiilor solicitate;
- volumul lucrărilor documentare analizate pentru furnizarea informațiilor solicitate;
- urgența solicitării.

În cazul în care durata necesară pentru identificarea și comunicarea informației solicitate depășește 10 zile, răspunsul va fi comunicat solicitantului în maximum 30 de zile, cu condiția înștiințării acestuia în scris despre acest fapt în termen de 10 zile.

În cazul în care se constată că informațiile solicitate exced cadrului legal, refuzul comunicării informațiilor solicitate se motivează și se comunică în termen de 5 zile de la primirea petiției.

Informațiile și relațiile de interes public pot fi furnizate și în format electronic, dacă sunt întrunite condițiile tehnice necesare.

Comunicarea informațiilor solicitate verbal

În cazul în care se solicită verbal informații publice, persoanele cu atribuții de informare și relații publice au obligația să precizeze condițiile și formele în care are loc accesul la informațiile de interes public și pot comunica pe loc informațiile solicitate.

Comunicarea informațiilor din oficiu

Persoanele cu atribuții de informare și relații publice au obligația să comunice din oficiu următoarele informații de interes public:

- actele normative care reglementează organizarea și funcționarea spitalului;
- structura organizatorică, atribuțiile departamentelor, programul de funcționare, programul de audiențe;
- numele și prenumele persoanelor din conducerea spitalului și ale purtătorilor de cuvânt;
- coordonatele de contact ale spitalului, respectiv: denumirea, sediul, numerele de telefon, fax, adresa de e-mail și adresa paginii de Internet;
- lista cuprinzând documentele de interes public.

Stabilirea canalului de informare (a traseului pe care circulă informațiile) atât pentru persoanele interesate de serviciile furnizate de spital, cât și pentru angajații spitalului:

- postarea informațiilor pe pagina de internet a spitalului;
- transmiterea informațiilor prin poștă electronică;
- transmiterea informațiilor prin poștă/curier în cazul răspunsurilor la petiții.

A. Comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative, inclusiv situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative:

Comunicarea se realizează cu alte unități sanitare (acuți, cronici, recuperare, sanatorii, îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijiri la domiciliu), precum și cu unități medico-sociale și alte ONG-uri, după cum urmează: spitalul are încheiate protocoale de colaborare cu aceste entități, ale caror date de contact se afla la dispoziția personalului din spital.

În situații care impun comunicarea cu acestea (consulturi interdisciplinare, îngrijiri postspitalizare, cazuri cu probleme sociale care necesită preluare la externare, persoane cu diverse dizabilități care necesită preluare la externare, etc), medicul curant stabilește legătura cu entitatea respectivă.

B. Comunicarea cu asociații ale pacienților:

Spitalul are stabilite relații de colaborare cu diferite asociații ale pacienților. Comunicarea se realizează prin intermediul reprezentanților legali, pentru anumite situații punctuale.

C. Procedura privind comunicarea în situații deosebite/exceptionale:

Factori determinanți: apariția neașteptată a unui eveniment major, de regulă surprinzător, într-un moment nefavorabil, impune existența unei echipe, pregătită din timp, antrenată, care să fie capabilă să preia conducerea forțelor și mijloacelor de intervenție.

În cazul producerii unei situații de urgență, se asigură coordonarea următoarelor activități:

- a) informațiile vitale vor fi comunicate persoanelor afectate;
- b) informațiile specifice necesare vor fi diseminate unitar și coordonat;

c) resursele umane și materiale necesare îndeplinirii responsabilităților de informare legate de situația creată vor fi mobilizate rapid și eficient

Principiile comunicării în situații de urgență:

- transmiterea oportună către public și către reprezentanții mass-media a informațiilor necesare realizării unui management eficient al consecințelor;
- oferirea de răspunsuri complete întrebărilor puse de reprezentanții mass- media sau de alte categorii de public, pe măsură ce informațiile transmise pot fi verificate;
- „o singură voce”- asigurarea unității de mesaj la toate nivelurile implicate și în structura campaniei de comunicare ca întreg

Obiective de comunicare:

- difuzarea mesajelor de apel la calm și de control al situației în cadrul unei strategii de îngrădire și diminuare a panicii;
- difuzarea instrucțiunilor existente corespunzătoare tipului situației de urgență către fiecare categorie de public-țintă;
- informarea corectă și în timp real asupra datelor cunoscute ale situației de urgență, a consecințelor și a măsurilor luate;
- realizarea comunicării și informării interne în cadrul echipei de management a urgenței și a echipelor coordonate de aceasta

Atributiile purtătorului de cuvânt al spitalului în situații de urgență:

- a) prezintă declarațiile oficiale ale comitetului pentru situații de urgență;
- b) susține conferințe și informări de presă în numele președintelui comitetului pentru situații de urgență sau al înlocuitorului acestuia;
- c) îl însoțește pe președintele comitetului pentru situații de urgență în toate activitățile importante, inclusiv la întâlnirile de planificare și coordonare și în timpul vizitelor pe teren;
- d) colaborează cu centrul de comunicare și informare publică pentru a iniția evenimente care promovează activitățile de comunicare în situațiile de urgență;
- e) sprijină centrul de comunicare și informare publică, oferindu-i toate datele necesare pentru informarea jurnaliștilor;
- f) elaborează documentele solicitate de președintele comitetului pentru situații de urgență; răspunde solicitărilor venite din partea jurnaliștilor

Operaționalizarea regulilor și activităților de comunicare și informare publică pe timpul situațiilor de urgență:

Obiective:

- a) adoptarea unei strategii de control a situației prin transmiterea mesajelor de liniștire și cooperare între autoritățile responsabile;
- b) transmiterea, în funcție de tipul dezastrului, a instrucțiunilor corespunzătoare pentru fiecare categorie afectată;
- c) informarea corectă și în timp real despre datele cunoscute ale situației, despre consecințele și despre măsurile luate;
- d) evitarea blocajelor informaționale;
- e) combaterea permanentă a cazuisticii zvonurilor;
- f) feed back-ul imediat și apropiat;
- g) realizarea comunicării interne, în cadrul echipei de management al situației de urgență, dar și în cadrul Sistemului Național de Management al Situațiilor de Urgență.

Grupuri-țintă:

- a) victimele și rudele acestora;
- b) locuitorii din zona afectată de situația de urgență;
- c) cetățenii din zonele potențiale de risc;
- d) opinia publică și mass-media locală, națională și internațională;

- e) autoritățile implicate în managementul situațiilor de urgență: instituțiile cu funcții de sprijin, instituții guvernamentale, agenții locale sau naționale, spitale;
- f) categoriile speciale ale publicului-țintă: organizații economice, societăți de asigurări, organizații umanitare internaționale, organizații neguvernamentale, biserica, instituțiile de învățământ;
- g) membrii structurilor de management al situației de urgență și membrii echipelor de intervenție.

Strategia generală de comunicare:

Strategia va fi proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecărei categorii de public și diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculațiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariției unor incidente neprevăzute, strategia adoptată este aceea a informării categoriilor de public-țintă în timp real, doar de către persoanele abilitate, cu respectarea principiilor menționate mai sus.

Activități de comunicare în primele 24 de ore ale situației de urgență: O echipă de comunicare trebuie să fie deja activată când comitetul pentru situații de urgență se întrunește și nominalizează purtătorul de cuvânt. Primele ore ale situației de urgență sunt cruciale, de aceea următoarele activități trebuie implementate în maximum 24 de ore:

- a) verificarea situației: determinarea gravității și intensității evenimentului cât mai curând posibil;
- b) transmiterea notificărilor: contactarea și informarea tuturor responsabililor din comitetul pentru situații de urgență sau din alte instituții, care trebuie să știe ce se întâmplă;
- c) organizarea activităților: activarea planului începând cu funcțiile și persoanele desemnate să le îndeplinească;
- d) stabilirea grupurilor-țintă și mesajelor principale în funcție de gravitatea evenimentului;
- e) pregătirea comunicatelor de presă și prezentarea lor în comitetul pentru situații de urgență: agrearea conținutului, dezvoltarea mesajului și aprobarea pentru difuzare;
- f) difuzarea informației: decizie privind frecvența cu care vor fi difuzate noi informații, cum se va face acest lucru și de către cine

Activități specifice comunicării, ce trebuie îndeplinite în primele ore ale situației de urgență:

- a) activarea centrului de comunicare și informare publică;
- b) asigurarea participării purtătorului de cuvânt la ședințele comitetului pentru situații de urgență;
- c) informarea membrilor comitetului pentru situații de urgență în legătură cu evoluția evenimentelor;
- d) acreditarea reprezentanților mass-mediei;
- e) organizarea de conferințe de presă și de scurte prezentări;
- f) analizarea resurselor disponibile;
- g) deschiderea unui centru de comunicare telefonică cu populația: linii telefonice gratuite, pagini de internet;
- h) elaborarea textului pentru primul mesaj adresat publicului;
- i) oferirea unui spațiu adecvat de lucru pentru jurnaliști;
- j) furnizarea constantă a informațiilor și resurselor, materiale sau umane, către centrul de comunicare și informare publică;
- k) înștiințarea comitetului pentru situații de urgență în legătură cu problemele populației și aspectele de interes pentru presă;
- l) facilitarea contactului membrilor echipei de intervenție cu familiile lor, astfel încât problemele personale să nu le afecteze munca

Activități de comunicare în timpul intervenției:

- a) identificarea riscurilor și vulnerabilităților echipei de management al situației și a eventualelor elemente care ar putea avea o evoluție nefavorabilă;
- b) analizarea situației practice și, după determinarea tipului acesteia și a vulnerabilităților pe care le presupune, verificarea mesajelor concepute astfel încât publicul să fie pregătit să facă față unor potențiale riscuri;

- c) folosirea unui singur purtător de cuvânt și a mai multor purtători de mesaj, în funcție de efectele urmărite de echipa de management al situației. Mass-media va primi informații de la aceste persoane care prezintă mesajele consecvent și credibil;
- d) organizarea de conferințe de presă și de scurte prezentări;
- e) înregistrarea tuturor solicitărilor primite în scopul obținerii controlului asupra informațiilor și pentru evitarea dezinformării sau confuziilor;
- f) sintetizarea celor mai frecvente solicitări și elaborarea unor răspunsuri complete și documentate pentru mass-media și populație.

Comunicare posturgență

Principalele obiective ale comunicării posturgență sunt:

- a) prezentarea strategiei urmărite înainte, în timpul și după situația de urgență;
- b) managementul consecințelor;
- c) concluziile trase, lecțiile învățate și cum vor fi avute în vedere pentru îmbunătățirea activităților viitoare. Mesajele trebuie să fie adaptate fiecărui grup-țintă.

D. Comunicarea cu mass-media:

1. Niciun reprezentant al mass-media nu are voie să patrundă în incinta spitalului, decât cu acordul conducerii, în urma unei solicitări scrise sau telefonice și cu permis de vizitare.
2. Reprezentanții mass-media, pe parcursul vizitei, vor fi însoțiți permanent de un paznic al spitalului.
3. Accesul în compartimentele spitalului va fi restricționat și acordat doar cu avizul medicului șef de secție/coordonator.
4. Legătura dintre spital și mass media este asigurată de purtătorul de cuvânt al spitalului, desemnat prin decizie.
5. Filmarea în cadrul spitalului nu este permisă decât cu acordul conducerii și a persoanelor implicate.
6. Se interzice preluarea de imagini de tip "camera ascunsă"
7. Intervievarea pacienților este posibilă doar cu acordul acestora, precum și al conducerii spitalului.
8. Intervievarea echipei manageriale a spitalului se va realiza doar în urma unei solicitări scrise/verbale și cu acordul personal al directorului respectiv.
9. Intregul personal medical și auxiliar are obligația de a asigura păstrarea anonimatului pacientului și a confidențialității acestuia privind internarea și tratamentul (în absența unui consimțământ scris privind opusul celor de mai sus), în relația cu mass-media.
10. Medicii vor da relații doar în ceea ce privește diagnosticul, prognosticul și evoluția bolii.
11. Asistenții medicali pot da relații numai cu privire la procedurile de îngrijire.
12. Personalul auxiliar (infirmiere, îngrijitoare) nu este abilitat să dea relații de nicio natură.

E. Procedura privind modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți (inclusiv autorități ale statului):

Datele medicale ale pacienților vor putea fi puse la dispoziția terților numai cu acordul pacientului.

Datele medicale ale pacienților vor putea fi puse la dispoziția autorităților/altor instituții, fără acordul pacientului, numai în următoarele situații:

- prelucrarea în scop statistic (Casa de Asigurări de Sănătate-SIUI, DES, Institutul Național de Statistică)
- utilizarea datelor medicale ale pacienților în cadrul desfășurării Programelor Naționale de Sănătate (Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate)
- utilizarea datelor medicale în cadrul derulării contractelor cu terți furnizori de bunuri și servicii cu care spitalul are contracte (contracte externalizate)
- utilizarea datelor medicale în cadrul desfășurării acordurilor de colaborare cu alte spitale.

F. Modalitatea de comunicare cu medicii de familie, alți specialiști implicați în îngrijirea pacientului în ambulatoriu, cu echipe de îngrijire paliativă la domiciliu, centre de zi, alte unități de îngrijire paliativă:

Comunicarea cu medicii de familie se face prin intermediul scrisorii medicale pe care pacientul o primește la externarea din spital sau telefonic sau prin mijloace electronice (e-mail), pentru fiecare caz în parte.

La nivelul spitalului se afla la dispoziția personalului medical datele de contact ale altor furnizori de servicii medicale aflați în contract cu CASJ Bihor.

G.Procedura de comunicare cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului, precum și a diagnosticului nefavorabil (diagnostic oncologic):

Comunicare defectuoasă, mai ales în ceea ce privește pacienții suferinzi de cancer, stă la baza unor evoluții clinice și psiho-sociale negative, incluzând un management mai defectuos al durerii, o reacție mai slabă la tratament, inducerea unor stări de confuzie referitoare la evoluția bolii și frustrări legate de incapacitatea de a lua o decizie autonomă.

În ceea ce privește medicii, dificultățile aparute în comunicare pot duce la insatisfacție profesională și creșterea nivelului de stres ce apar concomitent cu plângerile venite din partea pacienților. Orice tip de informație care alterează modul în care pacientul își vede viitorul reprezintă o veste proastă. În mod stereotipic, veștile proaste sunt asociate cu bolile terminale, însă există o serie de contexte cu totul diferite, în care medicul este pus în situația delicată de a da o veste proastă.

Modul în care pacientul reacționează la veștile proaste poate fi influențat de contextul său psiho-social. Intervențiile ce se suprapun cu anumite evenimente importante de familie - precum o operație de angină în săptămâna în care unul dintre copii se căsătorește - sau care contravin ocupației profesionale a pacientului - pot îngreuna sarcina medicului de a transmite vestea proastă.

De ce ne este greu să comunicăm o veste proastă?

Principalul motiv pentru care transmiterea unei vești proaste este atât de dificilă este anticiparea reacției negative a pacientului și a modului în care aceasta va fi afectat de schimbările survenit în viața sa.

O strategie simplă și ușor de învățat de comunicare a vestilor proaste este cea oferită de **protocolul SPIKES**.

Acronim al unui proces în 6 etape, protocolul SPIKES accentuează momentele cele mai importante ale discuției cu pacientul și sugerează moduri de abordare constructivă a situației, pe măsura ce aceasta evoluează.

Procesul dezvăluirii vestilor proaste poate fi privit ca o încercare de a realiza următoarele ținte:

- Adunarea informațiilor despre pacient pentru a determina așteptările și cunoștințele acestuia în legătură cu boala sa;
- Furnizarea de informații adaptate nivelului de înțelegere al pacientului;
- Reducerea impactului emoțional;
- Stabilirea unei strategii de tratament împreună cu pacientul.

Pasul 1: S (Setting) - Stabilirea cadrului de comunicare

Pregătirea pentru întâlnirea cu pacientul este foarte importantă. Puteți alege să faceți o scurtă repetiție a ceea ce urmează să-i spuneți pacientului, pentru a-i anticipa reacțiile.

Cadrul de comunicare ar trebui să îndeplinească o serie de condiții, precum:

- Intimitate: o cameră privată este un loc ideal pentru comunicarea vestilor mai puțin bune, însă dacă nu dispuneți de aceasta, puteți trage perdelele în jurul patului în care se află pacientul. De asemenea, ar trebui să aveți la îndemână un pachet de șervețele.
- Implicarea celor apropiați: întreabați în prealabil pacientul dacă își dorește sau nu compania unei rude în momentul transmiterii veștii.

- Așezați-vă: astfel, îi veți oferi pacientului o stare de relaxare, fiind, în același timp, un mod de comunicare nonverbală foarte eficient, care demonstrează că nu vă grăbiți. În cazul în care tocmai ați examinat pacientul, acordați-i vreme să se îmbrace, apoi treceți la partea de comunicare.
- Relaționați: menținerea contactului vizual poate fi dificilă, însă creează o legătură de încredere și siguranță. Dacă pacientul vă permite, îi puteți sprijini brațul sau îl puteți strange ușor de mână, pentru a vă manifesta empatia.
- Informați pacientul asupra timpului pe care îl aveți la dispoziție și ce întreruperi ar putea surveni. Setează-vă telefonul pe modul silențios și rugați un coleg să vă preia mesajele.

Pasul 2: P (Perception) - Stabilirea percepției pacientului

Înainte să îi împărtășiți informația pacientului, întrebați-l cum simte și ce așteptări are. Vă va ușura cu mult munca dacă, înainte de a da vestea proastă, aveți o oarecare idee despre modul în care acesta vede situația.

Întrebări precum „Sunteți la curent cu situația dumneavoastră actuală de sănătate?” sau „Înțelegeți de ce am apelat la aceste metode de investigație?” – vă pot oferi o imagine mai clară despre percepția pacientului asupra stării sale de sănătate și despre felul în care ar trebui să îl abordați. Puteți afla astfel dacă este într-o stare de negare, prin omiterea unor detalii medicale nefavorabile, sau dacă are așteptări nerealiste cu privire la tratamentul pe care îl urmează.

Pasul 3: I (Invitation)-Obținerea invitației pacientului

Cu toții am primit la un moment dat o veste proastă. Fiecare reacționează diferit în aceste contexte. Unii pacienți vor dori să știe cât mai multe informații detaliate legate de diagnosticul lor, în timp ce alții vor dori să afle doar în linii mari care este starea lor de sănătate.

Pentru a ști din timp modul potrivit de comunicare cu pacientul dumneavoastră, adresați-i întrebări precum: „Cum ați dori să vă ofer informațiile legate de rezultatul analizelor? ”, „Ați dori să aflați în mod amănunțit rezultatele analizelor sau preferați să ne concentrăm pe **stabilirea planului de tratament?**”.

Dacă pacientul nu dorește să afle mai multe detalii despre situația sa, încercați să-i răspundeți la orice alte întrebări referitoare la viitorul său și, dacă este posibil, înștiințați rudele sau prietenii pacientului asupra **evoluției bolii** pentru a-i oferi suportul necesar.

În cazul în care apare întrebarea „Cât de mult mai am de trăit?”, puteți oferi un răspuns evaziv, arătându-i că nu îi puteți oferi un interval temporal exact. Asigurați-vă că pacientul înțelege **natura bolii** cu care a fost diagnosticat și care este probabilitatea de a supraviețui în cazul său.

Există o tendință de a interpreta rata de supraviețuire de peste 50% drept recuperare sigură, iar cea de sub 50% drept moarte certă. O rată de vindecare de 95% este echivalentă cu moartea a unei persoane din 20. O rată a mortalității de 80% înseamnă că 1 din 5 persoane va supraviețui. Cert este că nu putem prezice niciodată cu exactitate evoluția unei maladii.

Pasul 4: K (Knowledge) - Furnizarea informației necesare

Înainte de a discuta cu pacientul, stabiliți ce tip de informație îi veți oferi, care este ordinea în care îi furnizați datele și în ce mod îl veți face să înțeleagă ceea ce îi împărtășiți. Folosiți termeni pe care acesta îi poate înțelege, mai puțin tehnici, precum: „s-a extins ”, în loc de „metastază”, „mostră de țesut”, în loc de „biopsie”.

Evitați să fiți prea direct și oferiți alternative, reținând faptul că anumite fraze - „Suferiți de o boală foarte gravă, iar dacă nu vă tratați la timp veți muri”, de exemplu - nu fac decât să înrăutățească starea de spirit a pacientului, care va deveni irascibil și vă va învinui pentru diagnosticul neavorabil.

Opriti-vă în cazul în care pacientul plânge, spunându-i că veți relua discuția în momentul în care se simte pregătit. A fost dovedit științific faptul că, în aceste cazuri, pacienții sunt mai interesați de metodele de a-și controla și ameliora durerile sau de a-și trata simptomele asociate bolii, decât de a

auzi mai multe aspecte negative legate de maladie. Concentrați-vă, așadar, mai degrabă pe un unghi de abordare optimist, decât pe concluzia că pacientul se află într-un stadiu terminal.

Pasul 5: E (Empathy) -Empatia față de emoțiile pacientului

„Cum vă simțiți acum?” este o bună modalitatea de a stabili care este starea pacientului după ce i-a fost transmisă vestea negativă. Odată cu trecerea timpului, vă va fi mult mai ușor să decodificați comportamentul nonverbal al pacientului. Majoritatea reacționează prin lipsă de încredere, plâns, respingere sau furie la auzul unei vești devastatoare. Șocul poate fi atenuat prin solidaritatea pe care o afișați față de emoțiile manifestate de pacient.

Recomandări:

- Observați ce emoții vin din partea pacientului: lacrimi, tristețe, tăcere sau șoc;
- Identificați starea prin care trece pacientul prin a-i pune întrebări directe despre cum se simte și ce gândește;
- Stabiliți dacă doar vestea negativă este motivul pentru care pacientul a devenit emotiv;
- Oferiți-i timp de repaus și gândire, precum și libertatea de a-și manifesta emoțiile.

În momentul în care un medic nu se simte confortabil în a transmite veștile proaste, se poate ajunge la o comunicare defectuoasă cu pacientul, care nu va avea o viziune realistă asupra condiției sale. Încurajați pacientul să ia parte activ la stabilirea schemei de tratament. Acest lucru vă va ajuta să evitați factorii suplimentari de stres sau un eventual *burnout*.

Pasul 6: S (Strategy and summary)-Strategie și sumar

Este recomandat să sintetizați informația, precum și grijile pe care pacientul le poate avea - pentru a realiza un **plan de tratament individualizat**. Stabiliți strategia pas cu pas, explicându-i pacientului ce presupune fiecare etapă. Fiți explicit în legătură cu programul dumneavoastră și următoarele întâlniri pe care le veți avea, oferindu-i un număr de telefon la care vă poate contacta în situații de urgență.

Recomandări generale

- Tratați pacientul în același mod în care v-ați dori să fiți tratat.
- Documentați-vă riguros în legătură cu istoricul medical al pacientului, cu situația sa prezentă și opțiunile de tratament pe care le are.
- Nu îi spulberați speranța. Evoluția metodelor de tratament din ultimele decenii poate fi un aliat de succes în sprijinirea încrederii unui bolnav. De asemenea, **nu oferiți false speranțe**, dar discutați despre alternative posibile de terapie.
- Fiți deschis către dialog și acceptați propunerile rezonabile ale pacientului - de exemplu, alăturarea unui membru al familiei la discuție.
- **Păstrați-vă optimismul.**
- Folosiți notițe despre particularitățile cazului.

Sistemul de comunicare internă

Comunicarea internă se asigură de către persoanele cu atribuții de informare și relații publice, prin transmiterea către toți angajații a informațiilor utile prin intermediul poștei electronice, prin postarea informațiilor pe pagina de intranet a spitalului (secțiunea uz intern-intranet) sau prin transmitere directă a documentelor realizate pe suport de hârtie.

A. Procedura privind modul de comunicare între membrii echipelor medicale-consultul interdisciplinar

1.Indicațiile consultului interdisciplinar:

1.1. Ori de câte ori medicul curant consideră necesar să ceară părerea unui coleg pentru elucidarea diagnosticului, formularea planului terapeutic sau a indicației unei intervenții, acesta va propune, de acord cu bolnavul sau aparținătorii lui și ținând cont de preferințele acestuia, un consult cu alți medici.

1.2. Consultul interdisciplinar este solicitat de către medicul curant al pacientului, din proprie inițiativă sau la cererea medicului coordonator al compartimentului sau a comisiei de cazuri grave și deosebite;

1.3. Consultul interdisciplinar poate fi solicitat în următoarele circumstanțe:

- a) Pacientul prezintă patologie conexă instabilă ce aparține specialității căreia i se cere consultul și care poate influența episodul actual de boală;
- b) Pacientul prezintă o complicație ce aparține specialității căreia i se cere consultul;
- c) Opinia medicului consultat poate ajuta la conturarea diagnosticului și la definitivarea conduitei terapeutice;

1.4. Nu se solicită consult interdisciplinar:

- a) Pentru patologie conexă stabilă care nu influențează episodul actual de boală;
- b) La cererea pacientului.

1.5. Consultul interdisciplinar solicitat de pacientul internat, dacă nu este considerat ca indicat de către medicul curant, poate fi efectuat doar contracost, fără a fi evidențiat în Foaia de observație clinică generală.

2. Metodologia solicitării consultului interdisciplinar:

2.1. Etapele solicitării consultului interdisciplinar sunt:

- a) Medicul curant completează în Foaia de observație clinică generală, în câmpul special destinat, cererea de examen de specialitate, cu specificarea datei la care dorește a se efectua consultul, a motivului consultului (dacă nu este evident) și a eventualelor mențiuni;
- b) Asistenta de salon programează bolnavul pentru consult interdisciplinar în funcție de programul de consultații al secției/compartimentului solicitat și comunică data și ora medicului curant și bolnavului;

2.2. Dacă pacientul nu este deplasabil iar consultul interdisciplinar trebuie efectuat la patul bolnavului, se va preciza acest fapt în Foaia de observație și în cererea de programare;

2.3. Dacă starea pacientului este instabilă, cererea de consult interdisciplinar va fi efectuată telefonic de către medicul curant sau medicul șef de secție, iar consultul va avea loc cât mai repede posibil, în maxim 2 ore;

2.4. Înaintea solicitării unui consult interdisciplinar, pacientul trebuie examinat de medicul curant, cu completarea datelor în Foaia de observație clinică generală și efectuarea setului minim uzual de investigații;

3. Efectuarea consultului interdisciplinar:

3.1. Fiecare compartiment își rezervă, în cadrul programului de lucru, un interval de timp dedicat efectuării consultațiilor interdisciplinare, care este evidențiat distinct în programul de lucru afișat al compartimentului; urgențele constituie excepții, având prioritate la orice oră față de celelalte activități;

3.2. Dacă în compartiment își desfășoară activitatea mai mulți medici, graficul zilnic după care se asigură consultațiile interdisciplinare va fi stabilit de coordonatorul de compartiment și afișat la loc vizibil în incinta compartimentului;

3.3. Consultul interdisciplinar poate fi efectuat și de alt medic din compartiment decât cel indicat de grafic, dacă acesta își manifestă disponibilitatea, cunoaște pacientul, este solicitat de pacient sau de medicul curant;

3.4. Dacă numărul solicitărilor de consult interdisciplinar către o anumită specialitate depășește posibilitățile de acoperire ale medicului de serviciu în cadrul programului alocat, se va proceda la programarea consultațiilor cât mai aproape posibil, cu anunțarea structurii solicitante;

3.5. Consultul interdisciplinar se realizează în cabinetul medicului căruia i s-a solicitat consultul (dacă pacientul este deplasabil) sau la patul bolnavului (dacă pacientul nu este deplasabil);

3.6. În situația în care consultul interdisciplinar se realizează la cabinetul medicului specialist, bolnavul va fi însoțit obligatoriu de o asistentă sau infirmieră, care îl îndrumă și supraveghează, înmânează medicului Foaia de observație clinică generală și o preia de la acesta pentru a o readuce în secție după efectuarea consultului;

3.7. În situația în care consultul interdisciplinar se efectuează la patul bolnavului, prezența asistentei de salon este obligatorie iar cea a medicului curant este recomandată;

3.8. Consultul interdisciplinar se efectuează după același tipic ca și consultația medicală obișnuită (anamneză, examen obiectiv, prescrierea/interpretarea investigațiilor, formularea diagnosticului, stabilirea conduitei specifice);

3.9. Dacă în urma efectuării consultului interdisciplinar sunt recomandate investigații suplimentare în vederea elucidării diagnosticului sau stadializării afecțiunii, medicul curant va proceda după cum urmează:

3.9.1. Dacă afecțiunea care face obiectul consultului interdisciplinar depășește ca gravitate boala care a determinat internarea, va solicita transferul pacientului în secția/compartimentul care a recomandat investigațiile, cu stabilirea conduitei specifice;

3.9.2. Dacă afecțiunea care face obiectul consultului interdisciplinar nu are caracter acut și/sau sunt solicitate investigații complexe sau de înaltă performanță, se investighează și tratează pacientul pentru afecțiunile ce au determinat internarea, urmând ca la externare să fie menționate investigațiile recomandate în urma consultului interdisciplinar și indicația de control de specialitate în ambulatoriu;

3.9.3. Dacă afecțiunea care face obiectul consultului interdisciplinar este în interdependență cu afecțiunea pentru care s-a internat bolnavul, fără a o depăși ca gravitate, sau investigațiile solicitate sunt utile și pentru boala de bază, acestea vor fi efectuate, după care pacientul va fi trimis la un nou consult interdisciplinar.

3.10. Medicul solicitat pentru consult interdisciplinar va da întotdeauna curs cererii colegului. Dacă solicitarea este considerată nejustificată va fi contactat telefonic medicul curant spre clarificarea situației. Dacă trimiterile nejustificate sunt repetate sau abuzive, va fi sesizat directorul medical și se vor analiza cazurile în ședința consiliului medical sau a consiliului etic, după caz.

4. Înregistrarea și redactarea rezultatului consultului interdisciplinar:

4.1. În fiecare compartiment/cabinet va exista un registru de evidență a consulturilor interdisciplinare, numerotat și înseriat, cu următoarele rubrici: nr. curent, data, numele și prenumele bolnavului, compartimentul care trimite bolnavul, nr. Foaie de observație, medic curant, diagnostic, recomandări, medic consultant, observații;

4.2. Înregistrarea bolnavului consultat în registrul de consultații interdisciplinare va fi efectuată, chiar retroactiv, dar în aceeași zi, și în cazul urgențelor sau al consultațiilor la patul bolnavului;

4.3. Rezultatul consultului interdisciplinar va fi scris în Foaia de observație clinică generală a bolnavului, la rubrica destinată consultațiilor de specialitate, respectând următoarele reguli:

– Menționarea numărului din registrul de consultații interdisciplinare și a datei (în cazul urgențelor și ora);

– Scurtă fundamentare a diagnosticului/diagnosticelor;

– Formularea diagnosticului/diagnosticelor;

– Recomandări;

– Semnătura și parafa medicului care a efectuat consultația.

4.4. Dacă bolnavul revine după efectuarea unor investigații sau la control după probă terapeutică, nu va fi înregistrat ca un nou consult interdisciplinar ci se va trece data și se vor face completările sau mențiunile care se impun;

5. Consultul interdisciplinar efectuat în altă instituție sanitară:

5.1. Pacientul are dreptul și poate fi consultat de un medic din altă instituție sanitară, cu care spitalul are semnat contract de colaborare, dacă la nivelul spitalului nu există specialitatea care face obiectul consultului;

5.2. Solicitarea consultului interdisciplinar se face în scris, în Foaia de observație clinică a bolnavului, de către medicul curant, iar programarea telefonic, de către medicul coordonator de compartiment, cu stabilirea datei, orei și locului consultului;

5.3. Consultarea pacientului se poate face prin deplasarea acestuia la unitatea sanitară unde se află medicul solicitat sau prin aducerea medicului la patul bolnavului;

5.4. În cazul în care consultarea implică deplasarea bolnavului la altă unitate sanitară, asistenta șefă va solicita serviciului administrativ mijloc de transport corespunzător, cu menționarea orei și locației de destinație; pacientul va fi însoțit pe tot parcursul din afara spitalului de o asistentă din compartiment, desemnată de asistenta șefă;

5.5. În cazul în care consultul implică deplasarea medicului la patul bolnavului, medicul coordonator se va ocupa de asigurarea transportului medicului consultant la și de la spital și îl va însoți pe timpul cât acesta se află în compartiment;

5.6. Datele consultului interdisciplinar vor fi consemnate în Foaia de observație clinică generală a pacientului.

6. Alte reglementări:

6.1. Medicul curant care a solicitat examenul de specialitate va aplica măsurile terapeutice indicate de medicul consultant, cu excepția cazului în care acestea influențează negativ afecțiunile pentru care este internat bolnavul;

6.2. Dacă tratamentul recomandat de medicul consultant influențează negativ starea generală a bolnavului, medicul curant va modifica schema de tratament doar după consultarea medicului care a indicat-o;

I. RESURSE UTILIZATE

1. Resurse materiale: a) Foaia de observație clinică generală;

b) Mijloc de transport (în cazul implicării unui medic din altă instituție)

2. Resurse umane: a) Medicul care acordă consultul interdisciplinar;

b) Asistentă de salon și/sau de cabinet (dacă este cazul)

c) Infirmieră (dacă este cazul);

II. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ

1. Indicatori cantitativi:

a) Număr de consultații interdisciplinare solicitate, pe spital, secții și compartimente;

b) Număr de consultații interdisciplinare acordate, pe secții/compartimente și medic;

2. Indicatori calitativi:

a) Procent bolnavi care au beneficiat de consulturi interdisciplinare din total bolnavi internați pe secții/compartimente și spital, anual;

b) Număr mediu de consultații interdisciplinare pe pacient internat (nr. consultații interdisciplinare / nr. pacienți internați);

c) Procent consultații interdisciplinare finalizate prin transfer, din totalul consultațiilor interdisciplinare, pe secții/compartimente și spital;

d) Procent consultații interdisciplinare de urgență din totalul consultațiilor interdisciplinare pe secții/compartimente și spital;

e) Procent consultații interdisciplinare amânate din totalul consultațiilor interdisciplinare pe medic, secții/compartimente, spital;

2.1. Indicatori temporali:

a) Timp alocat consultațiilor interdisciplinare din totalul timpului de muncă (durata medie a unei consultații interdisciplinare se consideră a fi n ore);

B. Situațiile medicale care necesită comunicare specifică sunt următoarele:

- urgentele medico-chirurgicale
- internarea pacientului fara discernamant/ cu discernamant viciat
- etapele de administrare a tratamentului invaziv
- comunicarea diagnosticului nefavorabil
- comunicarea diagnosticului de deces.

C. Procedura de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor:

Situații posibile:

I.Rezultate la investigatiile efectuate pentru un pacient in afara limitelor normale, relevand o stare foarte grava cu potential nefast

- Se comunica telefonic, direct medicului curant de catre medicul de laborator, urmand sa se transmita Buletinul de analiza pentru FOCCG
- Se comunica in reseaua spitalului, cu sistem de alarmare pentru rezultate patologice grave

II.Evolutie nefavorabila a rezultatelor la invetigatii efectuate in dinamica

- Se comunica direct medicului curant de catre medicul de laborator sau asistenta de tura din laborator, in timp util pentru a fi utilizate la vizita pacientului, urmand sa se transmita Buletinul de analiza pentru FOCCG.

9. RESPONSABILITĂȚI:

- Manager
- Purtator de cuvânt
- Medicul sef de sectie/coordonator de compartiment

10. INDICATORI DE MONITORIZARE :

- 10.1 Număr răspuns petiții / Număr petiții primite
- 10.2 Numar reclamatii avand ca subiect comunicarea/total reclamatii/an
- 10.3 Numar deficiente de comunicare interna/an
- 10.4 Numar deficiente de comunicare externa/an
- 10.5 Numar incidente de etica avand ca subiect comunicarea analizate/an.