



Manual de Standards

ME 02 1_05

HOSPITAIS



DGS

Direção-Geral da Saúde



Departamento
da Qualidade na Saúde

Estratégia Nacional
para a Qualidade na Saúde



ME 02 1_05
2ª Edição

Maio 2016

Edição e Adaptação

Departamento da Qualidade na Saúde
Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 800 / Fax: 218 430 846
acreditacao@dgs.pt
www.dgs.pt

Revisão

Infofluxos – Edição e Comunicação, Lda.

Conceção e paginação

Cempalavras – Comunicação Empresarial, Lda.

ISBN 978-972-675-242-4

Texto conforme o novo Acordo Ortográfico

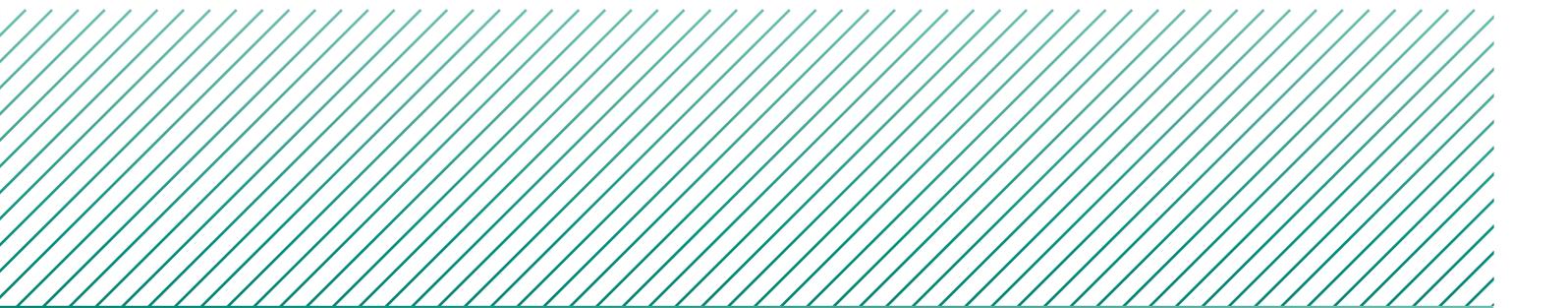
Adaptado de

Manual de Estándares de Centros Hospitalarios 02 1_05
Sob autorização da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD





Manual de Standards

ME 02 1_05

HOSPITAIS





Mensagem do Diretor

O Departamento da Qualidade na Saúde considera ser sua Missão disseminar, da forma mais abrangente possível, os padrões da qualidade sobre os quais deve assentar a prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde, sempre na perspetiva da centralidade do cidadão.

Considera também sua Missão difundir as ferramentas da melhoria contínua da qualidade junto dos profissionais de saúde, em todas as áreas do Serviço Nacional de Saúde, qualquer que seja a sua especificidade.

Pretende com isso, não só investir na qualificação e desenvolvimento profissional dos recursos humanos da saúde, como dotá-los dos meios que lhes permitam oferecer aos cidadãos e às pessoas a quem prestam cuidados os melhores serviços clínicos e os melhores serviços de suporte à clínica.

O presente Manual de Standards destina-se à implementação e avaliação da qualidade nos Hospitais e representa a vontade do Departamento da Qualidade na Saúde de proporcionar também a estes serviços, como a todos os outros, um conjunto de standards da qualidade que possam orientar a sua atuação, apoiá-los na busca da melhoria contínua da qualidade em conformidade com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e auxiliá-los num processo de certificação e reconhecimento externo da qualidade.

O presente Manual, para além de características da qualidade comuns às outras áreas, contém requisitos próprios e específicos para a área dos Hospitais, alinhados com as recomendações e requisitos das Normas internacionais de referência para este setor.

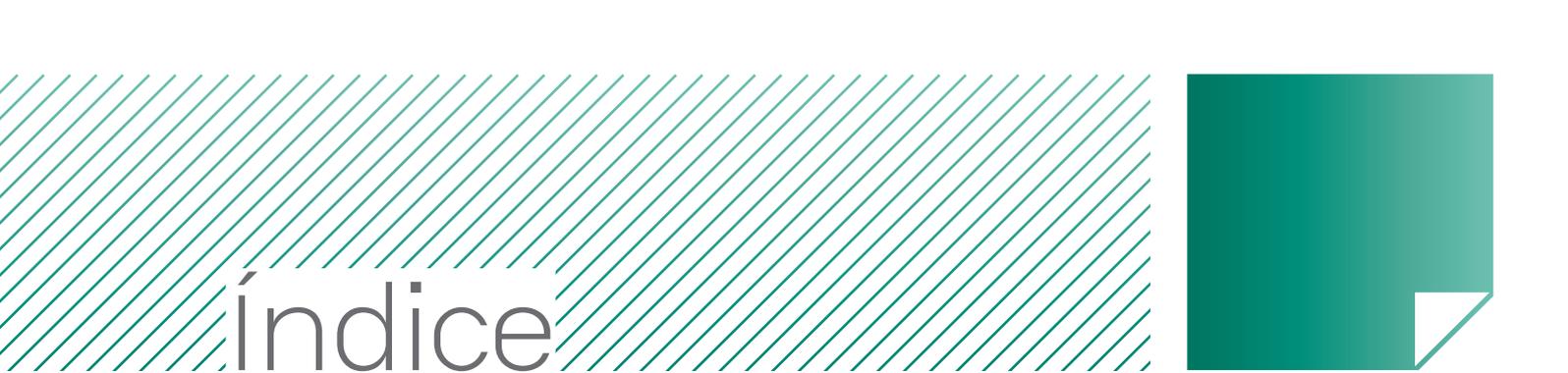


JOSÉ ALEXANDRE DINIZ
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



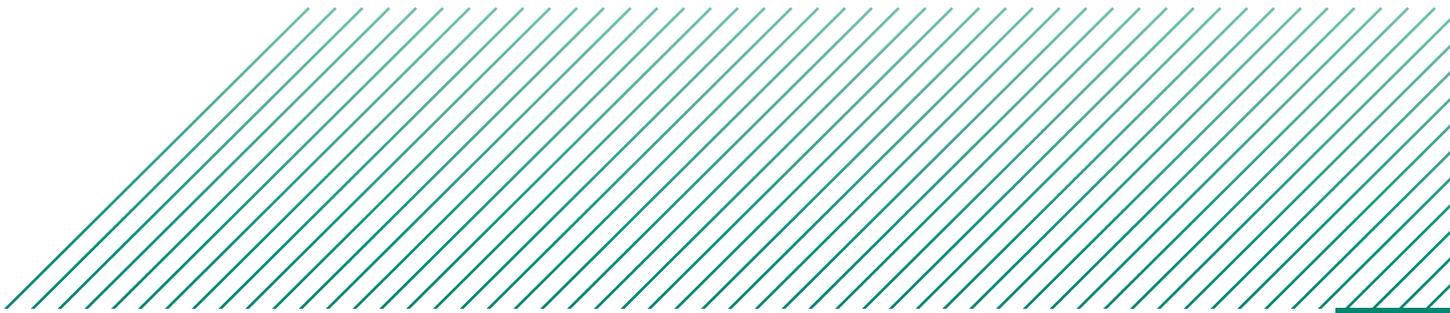
Manual de Standards
– Hospitais





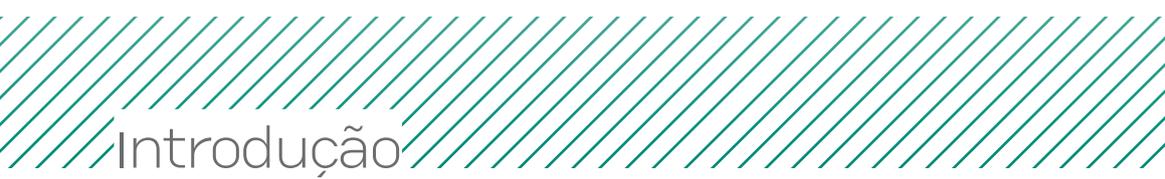
Índice

1	Introdução	09
2	O Modelo	13
3	A Metodologia	17
4	O Manual	21
	Marco concetual	22
	Âmbito de aplicação do Manual	23
	Estrutura do Manual	24
	Fases do programa de certificação	28
	Ferramentas de apoio	39
5	Standards do Manual	41
	I. A pessoa como centro do sistema de saúde	43
	1. A pessoa como sujeito ativo	43
	2. Acessibilidade e continuidade assistencial	52
	3. Informação clínica	60
	II. Organização da atividade centrada na pessoa	64
	4. Gestão dos processos assistenciais	64
	5. Promoção da saúde e qualidade de vida	68
	6. Direção e planeamento estratégico	74
	III. Os profissionais	78
	7. Profissionais	78
	IV. Processos de suporte	82
	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	82
	9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação	100
	V. Melhoria contínua	106
	10. Ferramentas da Qualidade e Segurança	106
	11. Resultados do Hospital	114
6	Controlo de modificações	119
7	Glossário de termos	123
8	Comissão Técnica	126



1 Introdução



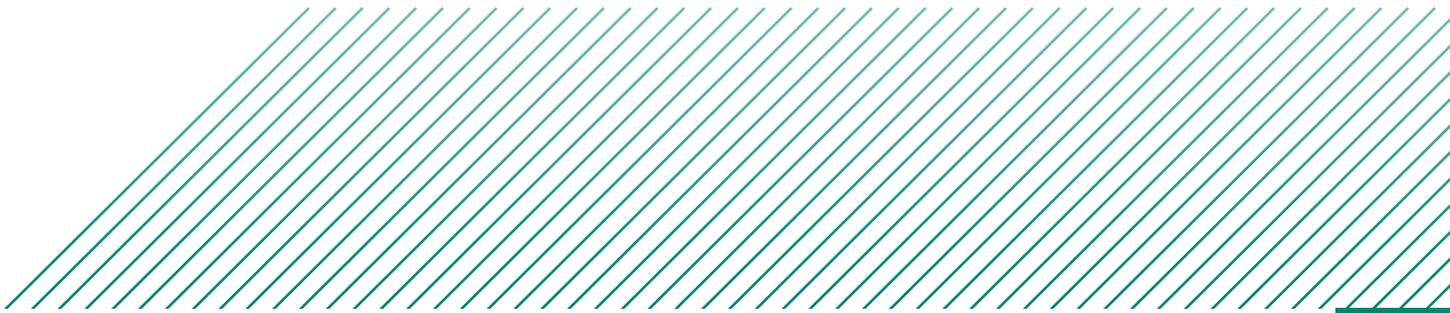


Introdução

O modelo de certificação adotado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), modelo ACSA, baseia-se num processo através do qual se verifica e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais, aplicáveis às diversas tipologias de unidades de saúde, e com os eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A adoção de um modelo nacional de certificação de unidades de saúde tem como objetivo favorecer e impulsionar a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados ao cidadão no Serviço Nacional de Saúde, na vertente clínica, de relacionamento com o cidadão, organizacional, processual, de desenvolvimento profissional e da formação contínua. O objetivo último será alcançar de forma consistente e sustentável a excelência organizacional e colocá-la ao serviço do cidadão.

De igual modo, o programa de certificação de Hospitais, dentro do princípio de que têm um papel fundamental no sistema de saúde e concorrem para a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, apresenta uma metodologia de trabalho que visa impulsionar nos Hospitais a implementação de processos de gestão da garantia da qualidade e da melhoria contínua.



2 0 Modelo



O Modelo

O modelo de certificação adotado (modelo ACSA) apresenta uma série de características que lhe são próprias:

- Trata-se de um modelo da qualidade **coerente** com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com as ferramentas e normas de gestão clínica e organizacional que têm vindo a ser desenvolvidas para o Serviço Nacional de Saúde. Constitui-se como um programa **estruturante** para as unidades de saúde, pois promove a gestão clínica, a gestão por processos, a gestão por competências e a gestão do conhecimento.
- Aborda a qualidade de uma forma **integral**. Foram desenvolvidos Manuais de Standards e programas de certificação direcionados para as diferentes áreas e tipologias de unidades que compõem os cuidados de saúde, a saber: hospitais e centros hospitalares, serviços hospitalares, unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados na área da convalescença e paliativos, farmácias, unidades de hemodiálise, serviços de imuno-hemoterapia, centros e unidades de diagnóstico radiológico, centros de investigação, laboratórios clínicos, unidades de medicina dentária, entre várias outras.
- Trata-se de um modelo da qualidade **progressivo**, pois identifica todos os passos que terão de ser dados, progressiva e sistematicamente, até à obtenção de um estado de verdadeira excelência organizacional. A certificação não pode ser vista como um ato isolado ou como a mera obtenção de um reconhecimento externo. Trata-se de um processo **dinâmico**, contínuo e evolutivo, que reflete não apenas o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no momento atual, como todo o seu potencial de evolução e crescimento.
- A certificação de unidades de saúde é um reconhecimento oficial e público do cumprimento dos requisitos necessários ao desenvolvimento e à prestação de cuidados de saúde de qualidade e segurança, bem como da implementação do seu próprio programa de melhoria da qualidade. Tratando-se de uma ferramenta e não de um fim em si mesmo, a certificação segundo o modelo favorece e impulsiona a evolução da qualidade dentro do Serviço de Saúde português.

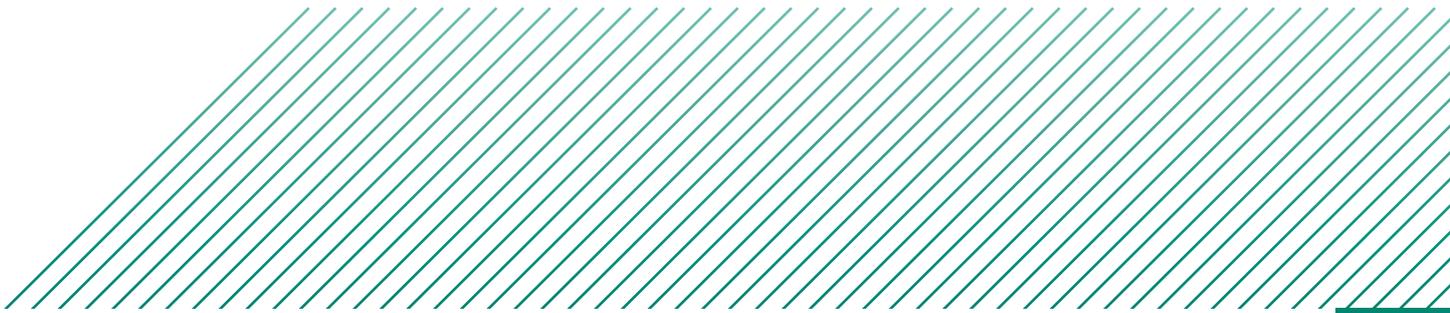
O modelo de certificação parte de um conjunto de **padrões de referência**, designados por standards, que servem de referencial para reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados ao cidadão e para orientar a escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade e o seu processo de melhoria contínua. O conjunto de standards dos diferentes Manuais de Standards, adaptados e validados pela Direção-Geral da Saúde, constitui um referencial de padrões de qualidade, adaptado especificamente para as diferentes tipologias de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde e, de forma mais abrangente, do Sistema de Saúde português. São estes os referenciais utilizados para analisar, avaliar e reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados ao cidadão e para orientar os profissionais na escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade clínica e da qualidade em geral, bem como da garantia da qualidade e apoio no processo de melhoria contínua.

BLOCO	CRITÉRIO	PADRÃO DE REFERÊNCIA (STANDARD)
A pessoa como centro do sistema de saúde	• A pessoa como sujeito ativo	• Standard 1
		• Standard 2
	• Acessibilidade e continuidade assistencial	• Standard 3
		• Standard 4
		• Standard 5
	• Informação clínica	• Standard 6

Figura 1
Estrutura de cada programa de certificação

Cada Manual de Standards é elaborado com o envolvimento de profissionais especializados do sistema de saúde e através de **Comissões Técnicas Assessoras**.

Todos os Manuais de Standards que constituem o programa de certificação em saúde têm uma estrutura comum. Os diferentes Manuais de Standards abrangem as mesmas áreas-chave da gestão da qualidade em saúde, às quais correspondem os cinco blocos de standards que se encontram em todos. Por outro lado, cada bloco está constituído por um ou vários **critérios** consoante as áreas temáticas dos **padrões de referência** que o constituam (ex.: standards).



3 A Metodologia



A Metodologia

A **autoavaliação** assume um papel relevante no âmbito do modelo de certificação em saúde (modelo ACSA) e é sempre uma fase obrigatória do processo de certificação. Durante a fase de autoavaliação os diferentes grupos profissionais identificam a sua posição atual face aos propósitos dos standards do modelo de certificação, determinam onde querem chegar e planificam as ações necessárias para o conseguir, criando um espaço de produção de consensos e de **melhoria partilhada** no qual intervêm diferentes atores.

- No processo de certificação de centros e unidades de saúde, durante a autoavaliação os profissionais de saúde analisam as definições dos standards e os seus propósitos, avaliam o seu impacto para a organização e para os processos em que estão envolvidos e refletem sobre eles.

Refletem sobre:

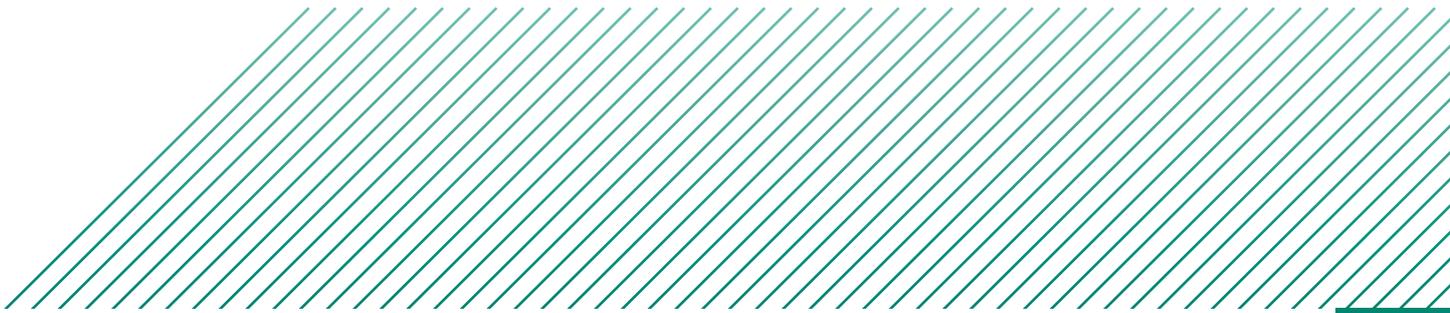
“O que estão a fazer?” e “Como o demonstrar?”. O que permite que vão surgindo as evidências positivas (atas, ferramentas, práticas instituídas, recursos) que lhes caberá apresentar. *“Que resultados foram obtidos?” e “Como os podem melhorar?”*. Desta análise surgirá a identificação de áreas de melhoria que irão ser desenvolvidas e apresentadas.

A **avaliação externa** é outro dos elementos fundamentais comum a todos os processos de certificação. É realizada por equipas de avaliadores, todos eles certificados de acordo com o programa de qualificação de avaliadores da ACSA, programa esse acreditado pela ISQUA (The International Society for Quality in Health Care). Nesta fase do processo proceder-se-á à observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o objetivo de as confirmar. Localmente, observam-se e avaliam-se os documentos apresentados, que constituem provas documentais, recolhem-se outros elementos de prova (constatações), através de observação direta e através de entrevistas aos profissionais e aos utentes, e analisam-se todos os aspetos relacionados com a gestão da segurança e da garantia da qualidade.

Em função do grau de cumprimento dos standards avaliados, tal como foi constatado durante a avaliação externa, será determinado o nível de certificação obtido e serão identificados os pontos fortes da unidade de saúde e as suas potencialidades de melhorar, que podem constituir áreas de melhoria.



Cada uma destas fases, com particular ênfase para a autoavaliação, é sustentada por uma aplicação informática em ambiente web dentro da plataforma **@Oredita**. Esta ferramenta, desenvolvida especificamente para o modelo ACSA, permite conduzir com segurança cada processo de certificação, sempre com o apoio dos avaliadores qualificados do modelo de certificação do Ministério da Saúde, permitindo também realizar o próprio controlo da qualidade de todo o processo de avaliação. A aplicação informática **@Oredita** constitui, além do mais, um poderoso meio de difusão do conhecimento e permite destacar e partilhar elementos de boas práticas da qualidade identificadas nos próprios processos.



Manual de Standards – Hospitais

4 0 Manual



Marco concetual

O programa de certificação de Hospitais está orientado para a progressão na perspetiva da melhoria contínua e o seu ponto de partida é o **potencial de melhoria** do próprio Hospital. O modelo de certificação parte de um conjunto de padrões de referência designados por standards.

São estes os referenciais utilizados para analisar, avaliar e reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados ao cidadão e para orientar os profissionais na escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade clínica e da qualidade em geral, bem como da garantia da qualidade e apoio no processo de melhoria contínua.

Os standards constituem, em si mesmos, um sistema em contínua evolução, para o qual contribui o próprio cidadão, na medida em que as suas expetativas e necessidades neles se identificam e incorporam.

A definição dos standards pelos quais se avalia e mede o desempenho, a explicitação do seu propósito e a sua permanente revisão e utilização têm em consideração e recebem contributos de diversas origens, que lhes servem de referência:

- Plano Nacional de Saúde e Programas Nacionais de Saúde;
- Legislação vigente e quadro normativo, incluindo os que refletem o compromisso de qualidade do Serviço Nacional de Saúde para com o cidadão;
- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;
- Normas e orientações clínicas validadas pela Direção-Geral da Saúde e/ou Organização Mundial da Saúde, incluindo as que se referem à segurança do doente, recomendações de boa prática clínica e organizacional baseadas em evidência científica;
- Normas técnicas específicas para as diferentes áreas de trabalho e processos de diagnóstico e terapêutica;
- Referências nacionais e internacionais idóneas;
- Ferramentas e metodologias para a melhoria contínua (Ciclo PDCA, etc.).

A certificação dos Hospitais está concebida, portanto, como o processo através do qual se **observa e reconhece** de que modo a prestação de cuidados de saúde ao cidadão responde ao **nosso modelo de qualidade**, sempre com o objetivo de impulsionar a melhoria contínua.



Âmbito de aplicação do Manual

Com este Manual de Standards poderão ser certificados os Hospitais dos seguintes tipos:

- Hospitais centrais
- Hospitais distritais
- Hospitais especializados
- Hospitais privados, quer tenham ou não parcerias com o Serviço Nacional de Saúde

Estrutura do Manual

O Manual de Standards de Hospitais está estruturado em cinco blocos e onze critérios:

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo
2. Acessibilidade e continuidade assistencial
3. Informação clínica

II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão de processos assistenciais
5. Promoção da saúde e qualidade de vida
6. Direção e planeamento estratégico

III. Os profissionais

7. Profissionais

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

V. Resultados

10. Ferramentas da Qualidade e Segurança
11. Resultados do Hospital



Os standards do Manual distribuem-se em três grupos, o que permite ao Hospital identificar e priorizar uma sequência para a sua abordagem:

- Os standards do **Grupo I** (ver tabela) contemplam, entre outros aspetos, os direitos dos cidadãos tal como reconhecidos para o Sistema de Saúde português; os aspetos ligados à segurança do utente e profissionais; os princípios éticos que devem nortear todas as atuações do Hospital e a avaliação do grau de satisfação dos utentes.
- Os standards do **Grupo II** incluem elementos associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e de espaços organizativos, etc).
- Os standards do **Grupo III** incluem os elementos e critérios que demonstram que o Hospital cria inovação e desenvolvimento orientado para a sociedade em geral.

Estrutura do Manual

No **Grupo I** estão incluídos os standards de tipo **obrigatório**, que têm de estar cumpridos e estabilizados (implementados de forma efetiva e abrangente) na sua totalidade para que o Hospital possa alcançar qualquer grau de certificação.

Na tabela seguinte apresenta-se um resumo da distribuição dos standards contidos no Manual de Standards para a certificação dos Hospitais.

TIPO DE STANDARD	Definição	Nº	%
GRUPO I			
	Conjunto de standards que contemplam direitos consolidados dos cidadãos, aspetos ligados à segurança dos utentes e profissionais, princípios éticos que se devem contemplar em todas as atuações da unidade.	33	22,92%
	Standards do Grupo I considerados "obrigatórios".	65	45,14%
	TOTAL Grupo I	98	68,06%
GRUPO II			
	Conjunto de standards associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos ou fluxos de trabalho e de espaços organizativos).	30	20,83%
GRUPO III			
	Conjunto de standards que demonstram que o Hospital cria inovação e desenvolvimento orientado para a sociedade em geral.	16	11,11%
	TOTAL	144	100%

A definição de cada um dos standards encontra-se documentada no Manual e cada standard aparece sempre acompanhado de uma explicitação do propósito do seu cumprimento.

Ao lado de cada standard aparece um ícone que permite identificar o seu tipo: Grupo I, II ou III. Caso o standard seja de cumprimento “Obrigatório”, o ícone aparece rodeado por um círculo.



Figura 2
Símbolos
utilizados no
Manual de
Standards

Fases do programa de certificação



Figura 3
Fases do programa de certificação

FASE 1

Candidatura, preparação e visita de apresentação para início do processo

O responsável do Hospital solicita o início do processo de certificação, preenchendo, on-line, o formulário de candidatura localizado no site da Direção-Geral da Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde). Com a aceitação da candidatura e assinatura do contrato do serviço, é iniciada a planificação conjunta (DQS e Hospital) para o desenvolvimento do projeto.

O DQS designa o responsável do projeto e o Hospital nomeia o seu responsável interno do processo de certificação. Este responsável terá como principais funções: facilitar a comunicação entre o DQS e o Hospital, operacionalizar e desenvolver o processo interno de autoavaliação no Hospital.

Com a realização da visita de apresentação, previamente planeada por consenso, do modelo, do manual de standards e de outras ferramentas de trabalho, é iniciada a fase seguinte do programa.

FASE 2

Autoavaliação

A autoavaliação foi concebida como um espaço de partilha interna em que os profissionais do Hospital analisam o seu desempenho face aos padrões do Manual de Standards e como um meio de comprovação permanente dos avanços da organização na melhoria contínua da qualidade.

Durante todo o tempo que dura esta fase, os profissionais que integram o Hospital irão observar o que está a ser feito bem (são as evidências positivas) e detetar as áreas ou aspetos das atividades do Hospital que necessitam de ações de melhoria.

Objetivos da autoavaliação

A autoavaliação pretende que sejam alcançados os seguintes objetivos:

- Proporcionar e difundir o modelo de certificação ACSA entre os profissionais e a comunidade científica;
- Facilitar o percurso para a melhoria contínua e para a certificação mediante:
 - A identificação dos pontos fortes, com o propósito de os manter e de os melhorar, e a identificação de áreas de melhoria, com a finalidade de as reforçar até conseguir transformá-las em pontos fortes.
 - O desenvolvimento e ampliação da informação sobre o propósito e alcance dos standards e dos exemplos de boas práticas.
- Possibilitar a autoavaliação periódica, dentro e fora dos ciclos de certificação, para avaliar os progressos de forma continuada;
- Fomentar uma aprendizagem organizativa e a criação de gestão do conhecimento.



Fases do programa de certificação

Metodologia

Nesta fase, para que o Hospital possa determinar o nível de cumprimento de cada um dos standards, utiliza-se uma metodologia qualitativa conhecida como ciclo de Deming ou ciclo PDCA. Seguindo a metodologia PDCA (P – planejar, preparar; D – cumprir, executar; C – avaliar, verificar; A – adequar, atuar) desenvolve-se, para cada um dos standards, um ciclo de melhoria contínua. Evita-se deste modo que o cumprimento de um dado standard se transforme num ato pontual ou estático, associado apenas a um determinado momento da avaliação.

Com a utilização do ciclo PDCA pretende-se que a organização analise o propósito de cada um dos standards e o impacto que têm nas atividades da organização. Pretende-se, ainda, que efetue uma planificação prévia, a desenvolver na prática, que valorize a efetividade do standard e desenvolva ações de melhoria para a sua implementação e desenvolvimento, garantindo deste modo a consolidação e estabilização do standard ao longo do tempo.

Utilizando a metodologia do ciclo PDCA, o Hospital pode identificar, standard a standard, a fase do ciclo em que se encontra, tal como exemplificado no quadro seguinte:

FASE	DESCRIÇÃO	ALVO
	Perfil de melhoria prévio	Antes de iniciar o processo de certificação, a organização analisa o propósito do standard e determina o seu impacto de acordo com o grau de importância de que se reveste para as atividades da organização.
Planeamento (Plan)	Delimitação dos objetivos e sistemas de informação	Definem-se os indicadores que permitem identificar a concretização do cumprimento do standard.
	Planificação	Definem-se as ações que vão ser necessárias implementar para conseguir alcançar o cumprimento do standard.
	Definição de funções	Determinam-se as responsabilidades e funções e os recursos humanos necessários para garantir o cumprimento do standard.
	Comunicação	O plano de ações que vai ser necessário desenvolver com vista ao cumprimento do standard é comunicado a todos os implicados no processo.
	Adequação de recursos	Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para garantir o cumprimento do standard.
Cumprimento (Do)	Cumpre-se	O propósito do standard é conhecido, respeitado e está cumprido de acordo com a aplicabilidade e o impacto nas atividades da organização, tendo em conta os indicadores de cumprimento previamente estabelecidos.
Avaliação (Check)	Avalia-se	Identificam-se os desvios dos resultados obtidos face aos objetivos definidos e indicadores expetáveis.
Adequação (Act)	Corrige-se e melhora-se	Empreendem-se as ações necessárias para corrigir e eliminar os desvios observados.



Fases do programa de certificação

A partir do Manual de Standards foi construída a aplicação informática **goredita**, na qual se refletem e incluem todos os standards e que permite:

- Aceder de forma fácil e cómoda ao processo de certificação do Hospital a partir de qualquer ponto ou local de trabalho, utilizando credenciais de utilizadores autorizados.
- Operacionalizar a gestão documental de toda a informação gerada no processo de certificação.

Fases da autoavaliação

A fase de autoavaliação decompõe-se por sua vez nas seguintes etapas:

1. Definição do plano de ações

A equipa do Conselho de Administração estabelece os objetivos e o plano de ações para a fase de autoavaliação que se vai realizar. Neste planeamento é estabelecido de que forma se vai desenvolver o processo de autoavaliação, qual o plano de comunicação tanto interno como externo, entre outros.

2. Nomeação do responsável (interno) pelo processo de autoavaliação

O responsável (interno) pelo processo de autoavaliação assumirá o papel de pessoa de referência para a coordenação e organização de todas as principais funções deste processo, designadamente:

- Estabelecer o cronograma da autoavaliação e zelar pelo cumprimento dos prazos;
- Participar na seleção dos restantes autoavaliadores, dando-lhes a informação e o suporte formativo necessário;
- Estabelecer e dirigir as reuniões (de síntese) dos autoavaliadores.

3. Seleção da equipa de autoavaliadores

Fase de selecionar os autoavaliadores que estejam relacionados com as diferentes atividades da organização. Aos autoavaliadores selecionados ser-lhes-á atribuído um determinado conjunto de standards a definirem. Recomenda-se que a seleção dos autoavaliadores tenha um carácter multidisciplinar, o que irá potenciar a aprendizagem e o desenvolvimento do conhecimento organizacional.

Pelo carácter dinâmico, tanto do processo em si como também dos próprios standards, a constituição desta equipa não deve cingir-se unicamente ao exercício de autoavaliação, que se reveste de carácter pontual. Deve, sim, continuar o seu trabalho nas áreas de melhoria identificadas e nas recomendações resultantes da avaliação externa, procedendo à atualização periódica da autoavaliação. Para potenciar e tornar o trabalho em equipa mais eficiente, é recomendável que os diferentes standards sejam repartidos entre os profissionais que irão participar na autoavaliação.

4. Treino dos autoavaliadores na utilização da aplicação informática @Oredita

O autoavaliador que foi designado como responsável interno pelo processo de certificação do Hospital fornece aos restantes autoavaliadores os seguintes suportes de trabalho:

- O Manual de Standards e a lista completa dos standards que vão ser trabalhados durante a fase de realização da autoavaliação;
- O acesso à aplicação informática (ou suporte digital), de acordo com as regras de acesso previamente definidas, para poderem registar as evidências para os standards que vão identificando, as áreas de melhoria e o seu grau de cumprimento. Para isso, seguirão as quatro etapas do ciclo de melhoria contínua de Deming ou ciclo PDCA.

Por sua vez, o avaliador do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), indigitado como responsável pelo processo de certificação do Hospital, tem a responsabilidade de disponibilizar informação/ formação suficiente no que respeita à utilização da plataforma informática @Oredita, por forma a garantir que os autoavaliadores da organização estão em condições de aceder a uma boa utilização da aplicação informática e das ferramentas de acompanhamento do processo.



Fases do programa de certificação

5. Preenchimento das fichas de autoavaliação

O grupo de trabalho que leva a cabo a autoavaliação revê os standards e, sob supervisão do responsável interno pelo processo de certificação, vai preenchendo, standard a standard, as respetivas fichas na aplicação informática **@Oredita** (que se encontra disponível em ambiente web).

A revisão dos standards envolve uma reflexão sobre se o standard está a ser cumprido. Se o grupo de trabalho conclui que sim, compilam-se e descrevem-se as evidências positivas que sustentam a afirmação do seu cumprimento. Caso não haja evidências que demonstrem um efetivo cumprimento de um determinado standard, o autoavaliador responsável por esse standard, ou o grupo de trabalho, tem de definir as áreas de melhoria que o Hospital terá que implementar para poder cumprir o standard de forma eficaz e estável (consolidada).

A aplicação informática **@Oredita** permite anexar ficheiros de documentos ou registos que sustentam as evidências positivas, funcionando desta forma também como gestor documental.

6. O grupo de autoavaliação partilha as evidências positivas e áreas de melhoria e finaliza a autoavaliação

Os resultados da autoavaliação deverão ser partilhados e analisados em equipa ao mesmo tempo que se procede, se necessário, à clarificação de algumas respostas e se completa a informação obtida e divulgada entre todos.

7. São estabelecidas as prioridades de atuação em relação às áreas de melhoria e desenvolvem-se e implementam-se os planos de melhoria

A aplicação informática **@Oredita** permite a priorização e planificação das diferentes áreas de melhoria identificadas, bem como a designação dos respetivos responsáveis, para que se converta num fácil sistema de gestão da melhoria contínua para o Hospital. A aplicação informática **@Oredita** é uma ferramenta útil para a descrição e registo das ações a levar a cabo para cada área de melhoria, com a possibilidade de planificar e detalhar essas ações e de definir os responsáveis. Esta funcionalidade permite agilizar e facilitar o sistema de gestão das ações de melhoria contínua da qualidade no Hospital.

8. Avalia-se e melhora-se o processo de autoavaliação

Finalmente, o processo de autoavaliação passa a ser entendido como uma forma de aprendizagem, a fim de introduzir novas melhorias e de preparar assim as sucessivas autoavaliações. A aplicação informática **QOredita** dispõe de um módulo de resultados. Este módulo facilita e apoia a planificação, a monitorização e a concretização das ações de melhoria contínua originadas na fase de autoavaliação. O mesmo módulo de resultados disponibiliza relatórios e resumos de informação, cuja utilização permite conhecer, em qualquer momento, o estado de evolução da autoavaliação e facilita o seu acompanhamento.

FASE 3

Visita de avaliação

Uma vez completada a fase de autoavaliação, procede-se à planificação da visita de avaliação externa. Essa planificação é estabelecida, de forma consensual, entre a Direção do Hospital e a equipa de avaliadores do DQS. Esta última é responsável por estudar e analisar toda a informação produzida durante a autoavaliação e/ou outras evidências que recolha durante a visita de avaliação externa (documentais, entrevistas e observação direta).

Concluída a visita de avaliação externa, a equipa de avaliadores do DQS elabora um relatório situacional em que é discriminado o grau de cumprimento dos diferentes standards, com a justificação das constatações e as recomendações efetuadas pela equipa de avaliadores. Uma vez validado, este relatório é enviado ao Conselho de Administração do Hospital.

FASE 4

Acompanhamento

Após terminado o processo de certificação, o DQS realizará uma visita de acompanhamento ao Hospital durante a vigência do certificado (5 anos). No caso de ter existido situações que o justifiquem, poderá ser realizada outra visita de avaliação externa para assegurar a manutenção da estabilidade no cumprimento dos standards e, por isso mesmo, a manutenção do nível de qualidade alcançado.



Fases do programa de certificação

Resultados da certificação

Qualquer que seja o âmbito da certificação, o modelo de certificação ACSA permite e estimula a progressão para diferentes níveis de qualidade, cada um de maior complexidade e exigência que o anterior, proporcionando assim a melhoria contínua. No caso presente, os níveis de certificação que se podem obter são: Bom, Ótimo e Excelente.

Apesar disso, dado que o Sistema de Saúde se encontra em constante evolução na procura da melhoria contínua, seria erróneo entender o último grau de evolução ou patamar da qualidade como se fosse o ponto final. Pelo contrário, como consequência das melhorias que se vão registando devido a novas tecnologias, novas prestações, novas formas de organização, novas exigências do utente cidadão e do utente profissional, novas evidências científicas ou nova regulamentação, os standards estabelecidos para a obtenção dos diferentes níveis de certificação serão periodicamente atualizados. O que hoje pode ser visto como longínquo, poderá ser, no caminho da melhoria contínua, a excelência de amanhã.

O processo de certificação é, decididamente, uma ferramenta metodológica útil que permite comprovar em que medida as atividades se estão a realizar de acordo com os padrões da qualidade esperados. E que oferece, como resultado da avaliação externa e da decisão de certificação, um reconhecimento público às instituições e profissionais que os cumprem e o demonstram, reconhecimento esse traduzido na obtenção da certificação.

O resultado obtido no processo de certificação, em função da verificação do grau de cumprimento dos standards, pode ser:

- **Pendente de estabilização de standards obrigatórios**

O estado de “pendente de estabilização” é mantido até que o plano de melhoria do Hospital cumpra a totalidade dos standards obrigatórios do Grupo I. Da definição, implementação e concretização do plano de melhoria para os standards obrigatórios que foram dados como não cumpridos na avaliação externa resultará a conseqüente passagem ao estado de cumprimento dos ditos standards, permitindo ao Hospital alcançar um dos níveis de certificação. O resultado obtido no processo de certificação pode ser:

- **Certificação no nível Bom**

A certificação neste nível obtém-se quando se consegue cumprir acima dos 70% dos standards do Grupo I (incluindo-se dentro desta percentagem a totalidade dos standards do Grupo I considerados como obrigatórios).

- **Certificação no nível Ótimo**

A certificação neste nível obtém-se quando se consegue cumprir 100% dos standards do Grupo I e uma percentagem de cumprimento dos standards do Grupo II superior a 40% (incluindo todos os obrigatórios).

- **Certificação no nível Excelente**

Obtém-se quando se consegue alcançar o cumprimento cumulativo de 100% dos standards dos Grupos I e II e uma percentagem de cumprimento superior a 40% dos standards do Grupo III.

	Bom	Ótimo	Excelente
GRUPO I	≥ 70% Incluindo obrigatórios	100%	100%
GRUPO II		≥ 40%	100%
GRUPO III			≥40%

Na aplicação **@Oredita**, com o objetivo de facilitar o acompanhamento dos projetos ao longo dos cinco anos de vigência da certificação, está definido e implementado um modelo específico de acompanhamento.

Fase de Acompanhamento

Os objetivos da fase de acompanhamento que se segue à obtenção da certificação consistem em:

- Consolidar os resultados obtidos através da manutenção da estabilidade do cumprimento dos standards durante os cinco anos de vigência do certificado;
- Manter e aumentar o impulso para a melhoria contínua através da implementação das áreas de melhoria que foram identificadas e da oportunidade existente para a identificação e desenvolvimento de novas áreas de melhoria.



Fases do programa de certificação

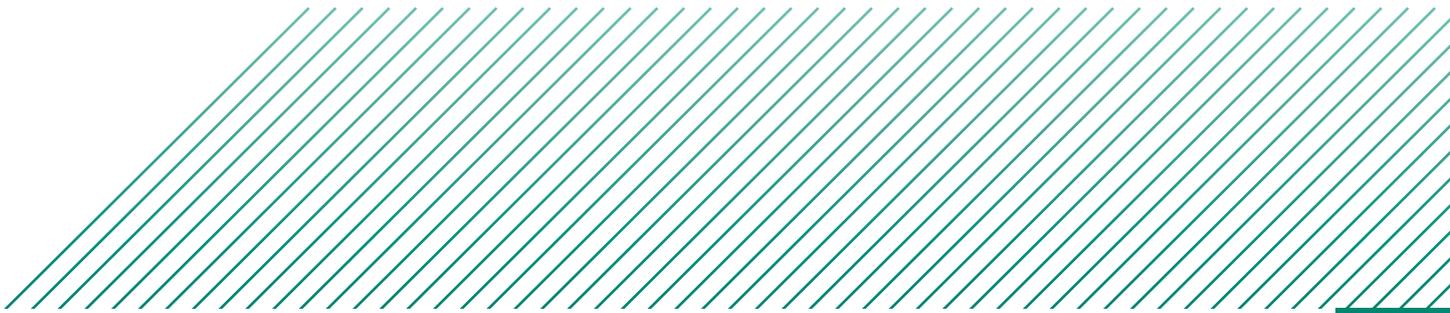
A partir do momento que o Hospital obtém a certificação, passa a ter a ficha de autoavaliação à sua disposição na plataforma **@Oredita**, para a poder utilizar na fase de acompanhamento que se segue. Aos dois anos e meio, a contar da data de certificação, realizar-se-á uma avaliação externa de acompanhamento que se destina a fazer:

- A análise das considerações prévias sobre modificações estruturais e organizativas que possam ter ocorrido e possam afetar o âmbito da certificação;
- O posicionamento e a análise do cumprimento dos standards obrigatórios, com o objetivo de assegurar a manutenção do seu cumprimento ao longo do tempo;
- A atualização das áreas de melhoria detetadas na fase de autoavaliação e pendentes de cumprimento;
- A atualização dos indicadores da atividade do Hospital.

Ferramentas de apoio

Para facilitar o processo de certificação (modelo ACSA) são colocadas à disposição do Hospital várias ferramentas de apoio:

- **Responsável do DQS:** Quando o Hospital inicia o seu processo de certificação é designado um profissional do DQS que fará o acompanhamento do mesmo durante todo o processo. A comunicação com este responsável é contínua (contactos telefónicos, comunicação eletrónica através da web, visita de apresentação, etc.).
- **Plataforma @Oredita:** Com a finalidade de facilitar especialmente a fase de autoavaliação, o Hospital dispõe da aplicação informática **@Oredita** em meio web. Esta permite ao Hospital refletir sobre os standards da qualidade, colocar as evidências positivas necessárias e relacionadas com a sua atividade, identificar melhorias, colocar documentos, tirar dúvidas com o responsável do DQS e pesquisar o estado da sua certificação em qualquer fase do processo.
- **Guia de utilização da aplicação informática @Oredita:** Documento de apoio para proporcionar aos profissionais do Hospital informação sobre a utilização e funcionalidades da aplicação que dá suporte ao processo de certificação.
- **Guia de apoio à autoavaliação:** Documento de apoio destinado a proporcionar aos profissionais do Hospital ferramentas de trabalho, conselhos, orientações e soluções para poderem realizar um adequado diagnóstico interno da situação e estabelecerem um ponto de partida para iniciar o seu trabalho com vista à certificação.
- **Documento Geral de Certificação de Serviços:** Documento em que se estabelecem as regras para a concessão, manutenção e renovação da certificação de serviços de acordo com todos os Manuais de Standards definidos pela ACSA e traduzidos e adaptados pela DGS.



5 Standards do Manual



I. A pessoa como centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo
2. Acessibilidade e continuidade assistencial
3. Informação clínica



II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão de processos assistenciais
5. Promoção da saúde e qualidade de vida
6. Direção e planeamento estratégico



III. Os profissionais

7. Profissionais



IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação



V. Melhoria contínua

10. Ferramentas da Qualidade e Segurança
11. Resultados do Hospital

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo

Intenção do critério

Contemplar a perspectiva do cidadão para poder prestar um serviço que esteja de acordo com as suas necessidades, pedidos e expectativas. Implementar estratégias que permitam a tomada de decisões partilhadas com os cidadãos e profissionais que os atendem, no que respeita aos direitos fundamentais da pessoa e sua dignidade.

A intenção do conjunto de standards que se segue consiste em garantir que toda a prestação de cuidados de saúde está orientada para o cidadão e que é organizada de forma personalizada. Pretende, igualmente, garantir não apenas o êxito do processo em si, mas também que são satisfeitas as expectativas relativamente à informação, privacidade e ao conforto durante a prestação de cuidados de saúde. Neste critério estão contemplados os aspetos relacionados com a informação, a privacidade, a intimidade e a confidencialidade durante a prestação de cuidados de saúde.

Standard
S 02 01.01_01

O Hospital divulga o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres a todos os cidadãos envolvidos na prestação de cuidados de saúde.



Propósito: Garantir a divulgação dos direitos e deveres tanto aos cidadãos como aos profissionais que os atendem, facilitando o exercício dos direitos reconhecidos e a corresponsabilidade no correto uso dos recursos. Utilizar, para o efeito, os canais de comunicação mais apropriados e adequados às características da população atendida e aos profissionais (cartas de direitos e deveres, folhetos, cartazes, formação, etc.), salvaguardando barreiras de qualquer tipo (deficiência, língua, etc.).

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital expõe a carta de direitos e deveres nas áreas assistenciais e não assistenciais e além disso utiliza outro canal de comunicação acessível aos cidadãos (web, foros, publicações, etc.).
2. A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às características da população que atende.
3. O Hospital divulga aos profissionais as suas responsabilidades na garantia do cumprimento dos direitos e deveres determinados.

Legenda:



OBRIGATÓRIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo

Standard S 02 01.02_01

As pessoas são informadas sobre todos os aspetos relacionados com o seu problema de saúde.



Propósito: Fornecer a informação adequada e necessária, em moldes compreensíveis para as pessoas ou seus acompanhantes, para que possam participar na tomada de decisão sobre o seu problema de saúde (diagnóstico inicial, plano terapêutico previsto, cirurgia, internamento, etc.). Assegurar que a informação facultada fica registada no processo clínico.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica aqueles processos de prestação de cuidados de saúde que, pela sua complexidade, duração ou impacto na vida da pessoa, necessitam de fornecimento de uma informação sistematizada e normalizada.
2. As pessoas são informadas, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspetos (clínico, administrativo, transferência, etc.) relacionados com o seu problema de saúde.
3. O Hospital dispõe de ferramentas que lhes permitem conhecer a perceção e o grau de satisfação das pessoas com a informação sobre o seu problema de saúde que lhes é fornecida.
4. Existem e estão disponíveis mecanismos que permitem a pessoas de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais receber essa informação.

Standard S 02 01.03_00

Os profissionais do Hospital estão adequadamente identificados perante a pessoa utilizadora.



Propósito: Dar a conhecer às pessoas a serem atendidas o nome e categoria profissional da equipa de prestação de cuidados de saúde, com a finalidade de promover a confiança na relação durante a prestação de cuidados assistenciais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital informa sistematicamente as pessoas sobre os profissionais responsáveis por lhes prestarem os cuidados de saúde.
2. Os profissionais estão devidamente identificados de acordo com a política da organização, de modo que a pessoa conheça, em qualquer momento, o profissional que o está a atender.

Standard

S 02 01.04_01

A intimidade e a privacidade da pessoa são respeitadas ao longo de todo o processo de prestação de cuidados de saúde.



Propósito: Garantir o direito à intimidade física e privacidade das pessoas durante o atendimento, proporcionando os recursos possíveis para o efeito no contexto da atuação dos profissionais, limitando a exposição das pessoas atendidas e procurando um enquadramento o mais reservado possível.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem identificado aqueles serviços e intervenções assistenciais que podem levar a uma maior exposição da pessoa e, portanto, a uma maior ameaça à sua intimidade e privacidade.
2. Existem no Hospital normas e procedimentos destinados a garantir a preservação da privacidade e intimidade da pessoa, em função dos níveis de ameaça, durante o atendimento e a prestação de cuidados de saúde.
3. O Hospital dispõe de ferramentas que lhe possibilita monitorizar a correta aplicação das medidas contempladas, destinadas a preservar a intimidade e privacidade das pessoas atendidas, e poder intervir em caso de serem identificados desvios.
4. São adotadas medidas corretivas perante baixo nível de satisfação, queixas ou reclamações respeitantes à falta de intimidade e privacidade das pessoas.

Standard

S 02 01.05_01

O Hospital estabelece um processo de informação contínua com a pessoa ou o seu representante legal, incluindo nesse processo o questionário termo de consentimento informado escrito, antes de intervenções com critérios de risco associados.



Propósito: Garantir a efetivação de um processo de informação contínua verbal ao utente. Garantir o fornecimento e preenchimento do documento de consentimento informado escrito, onde a pessoa dá, por escrito, o seu consentimento expresso em intervenções com critérios de risco associados, tal como preconizado em protocolos, orientações clínicas e/ou diretrizes legais (e somente nestes casos).

Elementos avaliáveis:

1. Existe uma relação com os procedimentos da Carteira de Serviços do Hospital autorizada, que necessitam de consentimento informado escrito.
2. O consentimento informado escrito é recolhido de acordo com as diretrizes em vigor.
3. O Hospital realiza auditorias periódicas ao grau de cumprimento pelos profissionais do consentimento informado escrito, assim como a sua adequação às diretrizes em vigor. Para o efeito, utiliza uma metodologia validada que garante a representatividade da amostra auditada e a validade dos dados obtidos.
4. Em caso de desvios detetados, determinam-se as medidas corretivas necessárias a implementar.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

I. A pessoa como sujeito ativo

Standard S 02 01.06_01

O Hospital garante o cumprimento das instruções prévias de cada cidadão em termos de testamento vital.



Propósito: Assegurar o direito dos cidadãos de tomar e revogar decisões sobre o seu próprio processo assistencial, relacionadas com a continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida e assistência no final da sua vida (testamento vital), ou sobre o destino do seu corpo ou dos seus órgãos depois da morte. Implementar procedimentos que permitam aos profissionais conhecer, saber como agir e como administrar cuidados e tratamentos de acordo com o conteúdo das instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde. Se for o caso, assegurar que os profissionais sabem como identificar o representante legal da pessoa, que servirá de interlocutor do utente com o médico e/ou com a equipa de saúde para garantir o cumprimento das mesmas.

Elementos avaliáveis:

1. É feita a difusão da informação aos cidadãos sobre a possibilidade que têm de poder realizar o seu testamento vital e como o podem fazer.
2. Existe um procedimento estabelecido que permite aos profissionais do Hospital conhecer as instruções prévias de cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.), bem como quem é o seu representante legal em caso da pessoa não poder decidir.

Standard S 02 01.07_01

Está disponível um procedimento eficaz para a substituição na tomada de decisão.



Propósito: Garantir que está definido o procedimento de substituição na tomada de decisão em situações de incapacidade de um cidadão ou quando o menor de idade não seja intelectual ou emocionalmente capaz de compreender o alcance da intervenção. Garantir que o procedimento satisfaz os critérios definidos, que é conhecido pelos profissionais e que permite oferecer as informações necessárias para a tomada de decisão por parte do familiar, tutor ou representante legal, ficando todo este processo registado no processo clínico do utente.

Elementos avaliáveis:

1. Está implementado um procedimento para a substituição na tomada de decisão, nos casos previstos na lei em vigor.
2. Os profissionais do Hospital aplicam este procedimento.
3. O tutor ou representante legal designado, bem como a sua decisão encontram-se registados no processo clínico.

Standard S 02 01.08_01 O Hospital garante a resolução de eventuais conflitos éticos no decorso do processo assistencial.



Propósito: Definir, na organização, o procedimento destinado a resolver os problemas éticos surgidos durante a prestação de cuidados de saúde urgentes à pessoa.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um procedimento formal para formular questões e dúvidas à Comissão de Ética de referência.
2. Os profissionais conhecem a existência do procedimento de consulta à Comissão de Ética de referência e quais as situações que são abrangidas neste tipo de consulta.
3. O Hospital dispõe dos procedimentos necessários para assegurar a difusão das recomendações da Comissão de Ética de referência a todos os seus profissionais.

Standard S 02 01.09_01 O Hospital promove a tomada de decisão ativa do utente durante o seu processo assistencial.



Propósito: Disponibilizar ao utente procedimentos e ferramentas de ajuda contrastados, que lhe permitam a escolha entre duas ou mais opções diferentes para um problema de saúde, ajudando na escolha entre duas ou mais opções sobre o seu problema de saúde para que possa: 1) compreender os resultados que podem ocorrer aplicando diferentes opções; 2) ter em conta os valores pessoais que atribui aos possíveis riscos e benefícios; 3) participar com os seus médicos e/ou outros profissionais de saúde nas decisões.

Divulgar a disponibilidade desses procedimentos e ferramentas através de meios adequados ao grupo-alvo: associações (de utentes/consumidores/cidadãos), website, folhetos entregues em consultas médicas para facilitar a tomada de decisão partilhada entre o profissional e o utente.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica os problemas de saúde que, pelo seu impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas, são suscetíveis de uma maior implicação na tomada de decisão ativa do utente no processo de prestação de cuidados de saúde.
2. O Hospital faculta ao utente ferramentas de ajuda à tomada de decisão ativa para os orientar na escolha entre duas ou mais opções diferentes no contexto do seu problema de saúde.
3. O processo pelo qual o utente toma a decisão ativa, baseado numa ferramenta de ajuda à tomada de decisão, fica registado no processo clínico, constituindo parte das informações originadas durante a prestação de cuidados de saúde.
4. Os canais formais para dar conhecimento aos utentes sobre a existência de ferramentas de ajuda à tomada de decisão estão disponíveis.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

I. A pessoa como sujeito ativo

Standard
S 02 01.10_00

O Hospital faz a recolha sistemática do grau de satisfação percebido pela pessoa atendida.



Propósito: Recolher e avaliar o grau de satisfação das pessoas sobre a prestação de cuidados que lhe foi oferecida, a qualidade de cuidados percebida e o grau de concretização das suas necessidades e expectativas. Para o efeito devem ser utilizadas diversas ferramentas que permitam tirar conclusões relevantes e adequadas para a melhoria contínua do grau de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelo Hospital.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um questionário de avaliação para o grau de satisfação dos utentes e de uma metodologia validada para a sua utilização (representatividade, validade do questionário, mecanismo de entrega e recolha).
2. O questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes está a ser utilizado de acordo com a metodologia prevista.
3. O Hospital promove o preenchimento do questionário de avaliação, pelas pessoas, sobre o grau de satisfação, para poder ter a maior taxa de respostas possível.

Standard
S 02 01.11_01

O procedimento estabelecido para a gestão das reclamações é cumprido (circuitos, prazos, relatórios e responsáveis pelos mesmos).



Propósito: Gerir as reclamações de acordo com o procedimento definido, utilizando a informação obtida para identificar e incorporar áreas de melhoria no funcionamento do Hospital e resolver as atuações que possam trazer desvios.

Elementos avaliáveis:

1. Está definido um procedimento para a gestão das reclamações.
2. As responsabilidades para a análise e resposta das reclamações estão atribuídas.

Standard
S 02 01.12_01

O Hospital adota um papel de captação ativa das sugestões, queixas e reclamações realizadas por qualquer meio não formal, incorporando melhorias a partir da sua análise.



Propósito: Identificar as oportunidades de melhoria expressas pelas pessoas por qualquer meio (verbais, escritas, e-mail, etc.), gerindo-as adequadamente e incorporando melhorias.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de mecanismos acessíveis para que as pessoas possam colocar as suas sugestões, queixas ou reclamações à parte do circuito oficial.
2. O Hospital publicita e divulga os canais de comunicação existentes para as pessoas poderem reportar as queixas, sugestões e reclamações.
3. As sugestões, queixas, comentários e reclamações recolhidos são analisados e, quando necessário, introduzidas medidas corretivas.
4. O Hospital monitoriza ao longo do tempo as sugestões, queixas e reclamações para detetar eventuais repetições e avaliar o impacto que as medidas de melhoria implementadas tiveram.

Standard

S 02 01.13_00

O Hospital garante uma adequada utilização de medidas restritivas de contenção para situações clínicas definidas.



Propósito: Identificar as situações clínicas (agitação, auto e heteroagressividade, etc.) em que um utente necessita, para sua segurança e do profissional que o atende, da adoção de medidas de contenção, como a imobilização mecânica. A decisão deve estar justificada pela avaliação realizada ao utente e registada adequadamente no processo clínico. As medidas a aplicar cumprem um protocolo definido, que garante a segurança e a dignidade da pessoa.

Elementos avaliáveis:

1. As situações clínicas em que um utente possa estar sujeito a contenção mecânica para sua segurança ou do profissional que o atende estão identificadas e definidas.
2. As ações a realizar para proceder à contenção mecânica com a máxima segurança e conforto estão protocoladas e são registadas no processo clínico.
3. O material de contenção mecânica que é utilizado está homologado para que não traga risco para a integridade física e a dignidade da pessoa.
4. No processo clínico é registado o motivo para a contenção, o profissional que determinou a medida, o material utilizado e a hora que se inicia a contenção, assim como a estimativa da sua duração. É também registado no processo clínico todo o acompanhamento e cuidados de saúde prestados à pessoa sujeita a contenção.

Standard

S 02 01.14_01

O Hospital garante um tratamento correto às pessoas utilizadoras dos serviços e seus familiares.



Propósito: Implementar as medidas necessárias destinadas a melhorar a relação entre os profissionais e as pessoas utilizadoras.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define as normas adequadas para os profissionais utilizarem no tratamento às pessoas atendidas.
2. Existem canais de difusão das normas de tratamento que os profissionais devem aplicar no seu local de trabalho.
3. O Hospital avalia sistematicamente o grau de cumprimento que os seus profissionais têm em relação às normas de tratamento determinadas (ex.: análise de reclamações por tratamento, inquéritos de satisfação, etc.) e implementa medidas corretivas em caso de desvios detetados.
4. Está definido um mecanismo para que as pessoas atendidas possam apresentar situações em que considerem ter havido um tratamento inadequado pelos profissionais do Hospital. Essas situações são analisadas e implementadas medidas corretivas quando necessário.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

I. A pessoa como sujeito ativo

Standard S 02 01.15_00 O Hospital proporciona um ambiente adequado para utentes pediátricos.



Propósito: Assegurar a implementação de medidas destinadas a proporcionar um ambiente favorável para crianças caso o Hospital atenda utentes pediátricos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um programa de promoção e proteção ao aleitamento materno, que é difundido aos profissionais.
2. Existe a possibilidade de pelo menos um dos progenitores ou familiares da criança poder permanecer com ela durante o internamento.
3. As zonas e espaços assistenciais destinados a crianças apresentam uma decoração e mobiliário agradável e seguro.

Standard S 02 01.16_00 O Hospital disponibiliza apoio psicológico e emocional aos utilizadores e acompanhantes em situações de especial vulnerabilidade.



Propósito: Dispor de uma resposta especializada e organizada no Hospital, além da incluída nos planos de cuidados de saúde programados e prestados a cada utente, para as situações em que tanto a pessoa hospitalizada como os seus acompanhantes possam necessitar de apoio psicológico e emocional (patologias com elevado componente de sofrimento, internamentos prolongados, etc.).

Elementos avaliáveis:

1. As situações com especial vulnerabilidade para a pessoa e seus acompanhantes estão identificadas.
2. Existem protocolos de apoio psicológico e emocional para as situações de maior vulnerabilidade.
3. O Hospital monitoriza o grau de cumprimento pelos profissionais dos protocolos de apoio psicológico e emocional.
4. As intervenções destinadas a prestar especial apoio psicológico e emocional são registadas no processo clínico.
5. O Hospital avalia formalmente o grau de satisfação da pessoa hospitalizada e seus acompanhantes sobre o apoio psicológico e emocional recebido.

Standard

S 02 01.17_00

O Hospital define e implementa as atuações a realizar em caso de situação terminal ou falecimento da pessoa atendida.



Propósito: Abordar sistematicamente o processo de morte da pessoa atendida no Hospital tendo em conta as suas necessidades e dos seus familiares. Garantir o adequado tratamento de todos os aspetos administrativos e legais relacionados com a morte da pessoa.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um procedimento que define e implementa o atendimento a efetuar nas situações clínicas terminais e de morte. No documento estão definidas as responsabilidades, recursos e atuações a realizar.
2. O Hospital dispõe de protocolos de atuação com aspetos básicos definidos para a autonomia e dignidade da pessoa, a informação a prestar, a intimidade e/ou o conforto.
3. As responsabilidades e atuações a efetuar nas situações terminais e de morte são divulgadas e implementadas pelos profissionais do Hospital.
4. O Hospital dispõe de espaços adequados (conforto, intimidade) para prestar atendimento nestas situações.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

Intenção do critério

A prestação de cuidados de saúde ao cidadão, consoante a complexidade do seu problema de saúde, pode envolver simultaneamente vários profissionais e serviços do Hospital. O conjunto dos standards que constituem este critério pretende abranger, para além da coordenação de serviços, uma visão global dos processos assistenciais implementados no Hospital, de modo que partindo das atuações e características de cada uma das suas partes atinja a definição e implementação de uma continuidade assistencial, que englobe não só o Hospital, como todas as outras partes do sistema de saúde que possam estar envolvidas na prestação dos cuidados de saúde.

Esta continuidade assistencial é iniciada no momento em que a pessoa contacta com o Hospital com uma situação clínica que necessita de ser resolvida. O acesso aos serviços prestados pelo Hospital deve ser equitativo, fácil e adequado às necessidades e expectativas da pessoa que deles necessita. O respeito pelo tempo das pessoas deve ser considerado como um dos elementos-chave na prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Standard

S 02 02.01_01

O Hospital tem a sua carteira de serviços definida, atualizada e acessível.



Propósito: Dispor de um documento atualizado detalhado onde constem todas as atividades disponíveis para a prestação de cuidados de saúde no Hospital, divulgando-as aos cidadãos e aos profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui uma carteira de serviços autorizada que é divulgada.
2. A carteira de serviços é difundida à população através de canais de comunicação que garantem abranger o maior número de pessoas possível (web, publicações, folhetos em diferentes hospitais, etc.).

Standard

S 02 02.02_01

São implementadas as mudanças organizacionais necessárias para promover a acessibilidade do cidadão ao Hospital.



Propósito: Garantir mecanismos que favoreçam a acessibilidade da pessoa aos serviços prestados pelo Hospital (eliminação de barreiras linguísticas e/ou sensoriais, acesso telefônico, citação on-line, etc.), adotando as medidas necessárias para a sua melhoria. Os Serviços têm flexibilidade de horários e estão adaptados às necessidades das pessoas. A maneira do cidadão aceder ao Hospital, em caso de necessidade, é divulgada de modo claro.

Elementos avaliáveis:

1. Os fatores considerados como eventuais riscos na acessibilidade do cidadão aos serviços do Hospital são avaliados.
2. O Hospital implementa medidas destinadas a diminuir ou eliminar as barreiras linguísticas ou sensoriais que possam indiciar qualquer dificuldade para aceder aos serviços prestados pelo Hospital.
3. Os mecanismos para que a população possa aceder ao Hospital estão difundidos (telefone de contacto, localização dos serviços, etc.).
4. O Hospital avalia o grau de satisfação dos utilizadores no respeitante à acessibilidade aos seus serviços e tem definidas as atuações necessárias para manter o referido grau de satisfação nos níveis esperados ou melhores.

Standard

S 02 02.03_01

O Hospital disponibiliza um guia de informação sobre os serviços que oferece e o seu funcionamento.



Propósito: Proporcionar informação atualizada ao cidadão sobre o Hospital com o objetivo de facilitar a acessibilidade aos seus serviços e à prestação de cuidados de saúde (carteira de serviços, localização, áreas que constituem o Hospital, horários de atendimento, telefones, etc.), assim como qualquer outra informação que seja considerada de interesse.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital publica e divulga documentos com uma informação básica sobre os serviços e funcionamento do Hospital.
2. Os documentos de informação estão acessíveis aos cidadãos por mais do que um canal de difusão.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

Standard S 02 02.04_00

O Hospital dispõe de um plano assistencial para cada pessoa hospitalizada, mantendo-o, em todo o momento, adequado às suas necessidades.



Propósito: Definir e monitorizar planos assistenciais normalizados para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das pessoas hospitalizadas no Hospital. Esses planos são elaborados com o objetivo de valorizar a pessoa, adaptados à complexidade do processo ou à duração prevista da hospitalização.

Elementos avaliáveis:

1. É realizada de modo sistemático e completo a avaliação das necessidades e estado de saúde da pessoa hospitalizada.
2. As medidas terapêuticas e os cuidados de saúde necessários para poder responder às necessidades de saúde da pessoa hospitalizada, bem como a necessidade da sua eventual transferência ou interconsulta para outros serviços ou Hospitais estão determinadas.
3. Os planos assistenciais das pessoas hospitalizadas estão registados nos processos clínicos.
4. Os planos assistenciais são atualizados de acordo com a evolução do processo e as necessidades da pessoa hospitalizada.

Standard S 02 02.05_00

O Hospital aplica sistematicamente critérios objetivos para concretizar a transferência de utilizadores.



Propósito: Garantir o cumprimento dos critérios definidos para a tomada de decisão em situações que se verifica a necessidade de transferir um utente para outro Hospital ou outro Serviço do Hospital, assim como segurança do utente a todo o momento. Toda a informação clínica necessária para a adequada receção do utente e continuidade assistencial é enviada para o Hospital ou Serviço que o irá receber.

Elementos avaliáveis:

1. Os critérios básicos para a tomada de decisão de transferências intra ou inter-hospitalares dos utentes, bem como as condições em que são realizadas (transporte especializado em saúde, acompanhamento, equipamento, etc.) estão protocolados.
2. Toda a informação clínica necessária para o acolhimento e continuidade assistencial do utente (processo clínico, relatório de transferência ou qualquer outro formato de documento que recolha a informação crítica para a transferência) é fornecida ao Hospital ou Serviço que o recebe.
3. A pessoa e/ou acompanhante é informada sobre a tomada de decisão de transferência e o local de destino.
4. A informação relevante relacionada com a transferência do utente é registada no seu processo clínico (motivo, recomendações para a continuidade assistencial, cuidados durante a transferência, etc.).

Standard
S 02 02.06_00

O Hospital monitoriza a procura assistencial com o objetivo de melhorar a sua capacidade de resposta assistencial.

II

Propósito: Analisar a atividade assistencial, com o objetivo de identificar aspetos que aumentem a pressão na procura de cuidados de saúde (hiperfrequentadores, picos de procura, campanhas de saúde, etc.) e que levem a um real ou potencial risco de sobrecarga assistencial e, portanto, a uma diminuição da capacidade de resposta assistencial do Hospital. Essa informação permite ao Hospital estabelecer medidas preventivas ou corretivas antecipatórias mais eficientes, especialmente para os serviços sujeitos a maior pressão assistencial.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de informação relativa à utilização que a população de referência faz dos serviços do Hospital, identificando tanto os aspetos de procura com maior impacto como os serviços com maior pressão assistencial.
2. O Hospital identifica as circunstâncias em que se podem verificar picos ou alta concentração da procura assistencial, assim como os serviços em que o impacto é maior.
3. O Hospital implementa medidas para poder antecipar ou responder a essas situações mantendo níveis de eficiência e adequação aceitáveis.
4. O Hospital dispõe de um procedimento para a avaliação da eficácia das medidas implementadas baseadas em resultados objetivos.

Standard
S 02 02.07_00

O Hospital implementa estratégias organizativas no planeamento das suas atividades que lhe permitem dar uma resposta adequada à sua carteira de serviços.

I

Propósito: Dispor de profissionais para a cada momento ter a capacidade de dar resposta adequada aos serviços que oferece, em função das condições determinadas pelo próprio Hospital (horários, agendas, calendário). Assegurar que durante as mudanças de turno/períodos de atividade assistencial os serviços mantenham a sua capacidade de atendimento e não se veriquem atrasos na prestação de cuidados de saúde. Garantir que a comunicação da informação clínica, em caso de necessidade, está assegurada entre os diferentes profissionais, independentemente do período de trabalho considerado, de modo a manter-se uma continuidade assistencial sem quebras.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem turnos/períodos de trabalho assistencial definidos em que assegura a permanência dos profissionais necessários e capacitados para dar resposta a todas as atividades clínicas críticas (internamentos, altas, provas diagnósticas, consultas, etc.), de acordo com as características da sua carteira de serviços.
2. O Hospital implementa um procedimento destinado a diminuir o impacto, na atividade assistencial ou na comunicação da informação clínica, que situações surgidas durante a mudança de turnos/períodos de trabalho, como o tempo de realização da mudança ou a sobreposição de profissionais, possam trazer.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

Standard S 02 02.08_01

Estão implementados os procedimentos que garantem a comunicação efetiva entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, de tal modo que se garante a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais.



Propósito: Garantir a implementação e continuidade do processo assistencial através da comunicação direta e regulamentada entre profissionais, serviços ou outros Hospitais, evitando a existência de quebras assistenciais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem identificados os centros e serviços externos (unidades de cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados ou domiciliários, etc.) que estão habitualmente implicados na prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.
2. O Hospital implementa circuitos de comunicação com profissionais externos ao Hospital que são responsáveis pela continuidade assistencial da pessoa hospitalizada. Estes circuitos estão documentados para permitir poder garantir a sua rastreabilidade e a possibilidade de serem revistos e melhorados, assim como facilitar a sua difusão pelos profissionais envolvidos.
3. Avalia, periodicamente e de modo formal, a adequada utilização, eficácia e pertinência dos mecanismos de comunicação com os profissionais externos.

Standard S 02 02.09_01

O Hospital emite uma nota de alta com toda a informação necessária.



Propósito: Garantir a entrega no momento da alta, ao utente e a todos os outros profissionais que possam estar envolvidos na continuidade de prestação de cuidados de saúde à pessoa hospitalizada, de toda a informação sobre o seu episódio de doença, incluindo os critérios e situação no momento da alta. Monitorizar a entrega e adequação dos relatórios das altas aos utentes e a outros profissionais responsáveis pela continuidade assistencial.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um modelo tipo para o relatório de alta que recolhe toda a informação relevante do episódio de doença.
2. A monitorização da correta entrega do relatório de alta ao utente e a outros profissionais de saúde responsáveis pela continuidade assistencial, quando necessário, é efetuada tendo em consideração critérios como a confidencialidade, a integridade da informação clínica, o mecanismo de entrega a outros profissionais, se aplicável, etc.

Standard
S 02 02.10_00

O Hospital identificou os serviços de suporte à área assistencial que são fundamentais para a continuidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde à pessoa hospitalizada.



Propósito: Identificar os serviços transversais do Hospital de suporte à prestação assistencial (bloco operatório, laboratório, radiologia, farmácia, etc.). Analisar os aspetos críticos para a continuidade e eficácia da prestação assistencial, além de estabelecer as melhorias necessárias para a obtenção dos melhores resultados em saúde das pessoas hospitalizadas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica todos os serviços transversais de suporte à prestação assistencial ao utente.
2. O Hospital identifica os aspetos críticos dos serviços de suporte transversais necessários para garantir a sua adequada intervenção nos processos assistenciais dos utentes.
3. O Hospital implementa melhorias nos aspetos críticos de eficácia e eficiência dos serviços de suporte aos processos assistenciais.

Standard
S 02 02.11_00

O Hospital faz uma avaliação da pessoa e do seu ambiente com vista a identificar as suas necessidades e facilita o seu acesso a outros recursos de apoio.



Propósito: Facultar ao utente, após a avaliação das necessidades da pessoa no seu ambiente, informações sobre recursos disponíveis (recursos comunitários, associações de utentes, material ortoprotésico, benefícios sociais, nutrição, cuidados paliativos, etc.) e indicar-lhe como aceder aos mesmos, no contexto de uma intervenção holística.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital normaliza a avaliação inicial das pessoas hospitalizadas e o seu ambiente, com a finalidade de poder identificar aqueles aspetos que têm incidência para a resolução do processo.
2. O Hospital facilita o acesso da pessoa hospitalizada a recursos de suporte necessários para dar resposta às suas necessidades fornecendo-lhe informação sobre como aceder a esses recursos ou mesmo fornecendo-os.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

Standard
S 02 02.12_00

O Hospital dispõe de informação sobre as desprogramações e implementa medidas para as reduzir.



Propósito: Adotar uma atitude de máximo respeito para com o tempo das pessoas, minimizando os efeitos da desprogramação, fazendo com que a prestação do serviço seja garantida de imediato e da forma mais adequada. Monitorizar e avaliar as desprogramações e implementar ações de melhoria relevantes.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital regista de maneira sistemática as desprogramações ocorridas nos seus serviços e as suas causas.
2. O Hospital analisa as desprogramações ocorridas e registadas para observar tendências, frequências, serviços mais afetados, causas, etc.
3. O Hospital implementa as medidas de melhoria necessárias para diminuir as desprogramações e o seu impacto.

Standard
S 02 02.13_00

O Hospital controla a demora na prestação assistencial dos seus serviços.



Propósito: Monitorizar o tempo de resposta que ocorre durante a prestação assistencial nos seus serviços e estabelecer as medidas necessárias para que se mantenha em níveis previamente definidos como aceitáveis.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um sistema de monitorização dos tempos de resposta para cada um dos seus serviços.
2. O tempo de resposta dos diferentes serviços é analisado, bem como as causas e a sua evolução.
3. O Hospital implementa as medidas de melhoria necessárias para manter os tempos de resposta em níveis aceitáveis.



I. A pessoa como centro do sistema de saúde

3. Informação clínica

Intenção do critério

O conjunto de standards abrangido por este critério tem como intenção avaliar a forma como o Hospital dá resposta às necessidades de informação clínica necessárias para o desenvolvimento do processo assistencial, garantindo a qualidade técnico-científica, a segurança, a confidencialidade dos dados, a satisfação dos cidadãos e dos profissionais, com a maior eficácia e eficiência, e facilitando a descentralização e coordenação dos circuitos da informação clínica.

Standard S 02 03.01_01 O Hospital garante a disponibilidade do processo clínico durante a prestação de cuidados de saúde.



Propósito: Utilizar o processo clínico como o registo base das suas atuações, estando acessível para que os profissionais possam realizar os registos no momento adequado. Este processo clínico está normalizado para que todos os profissionais recolham a mesma informação.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais dispõem do processo clínico para registar a informação gerada durante a prestação assistencial.
2. O processo clínico tem uma estrutura normalizada e as instruções de preenchimento estão protocoladas.
3. O Hospital realiza auditorias periódicas destinadas a avaliar o correto cumprimento das diretrizes de estrutura e conteúdo do processo clínico.

Standard S 02 03.02_01 O Hospital garante a existência de um processo clínico único por pessoa.



Propósito: Dispor de um único processo clínico para cada utilizador do Hospital, com uma identificação inequívoca, e em que todos os registos gerados durante o processo assistencial estão introduzidos no processo clínico.

Elementos avaliáveis:

1. Está definido um procedimento para identificar e eliminar processos clínicos duplicados.
2. Existe um único identificador para o processo clínico de cada pessoa.
3. Situações assistenciais pontuais que gerem determinados documentos ou formulários localizados fora do processo clínico, esses documentos ou formulários são incorporados no processo clínico logo que possível, de modo a evitar a existência de arquivos paralelos permanentes.

Standard S 02 03.03_01 O Hospital garante a confidencialidade e posse da informação clínica e pessoal.



Propósito: Garantir a confidencialidade e posse da informação clínica e pessoal da pessoa, limitando o acesso a pessoal autorizado.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital aplica requisitos de confidencialidade e posse no tratamento da informação clínica e pessoal.
2. O Hospital dispõe de meios que permitem garantir a confidencialidade, posse e acesso restrito à informação clínica e individual da pessoa.

Standard S 02 03.04_00 O Hospital avalia periodicamente o nível de qualidade e preenchimento dos registos clínicos na prestação de cuidados de saúde.



Propósito: Analisar os registos clínicos gerados pelos profissionais na prestação de cuidados de saúde de modo sistemático, por forma a verificar o grau de cumprimento dos critérios de qualidade previamente definidos e poder detetar os possíveis desvios.

Elementos avaliáveis:

1. Estão definidos indicadores de qualidade e cumprimento a avaliar nos processos clínicos que incluam aspetos sobre dados de identificação, dados clínicos e registo de cuidados assistenciais prestados.
2. O Hospital realiza periodicamente auditorias aos processos clínicos e estabelece áreas de melhoria.
3. Os resultados das auditorias aos processos clínicos são conhecidos pelos profissionais e Direção do Hospital.

Standard S 02 03.05_00 O processo clínico contém toda a informação necessária para apoiar e justificar todas as atuações realizadas ao utente, facilitando a continuidade assistencial.



Propósito: Facilitar a tomada de decisões com o conteúdo do processo clínico, que permita estabelecer um plano assistencial baseado em atuações diagnósticas e/ou terapêuticas, bem como a sua modificação, se assim se considerar oportuno em função do acompanhamento clínico.

Elementos avaliáveis:

1. O processo clínico e o seu conteúdo estão normalizados.
2. No processo clínico estão incluídos: dados e registos sobre filiação do utente, estado de saúde, hábitos de vida, alergias, tratamentos efetuados e evolução clínica.
3. O processo clínico inclui registo de exames complementares de diagnóstico ou interconsultas que facilitam a monitorização da prestação de cuidados de saúde e a tomada de decisões pelos profissionais.
4. Os registos de enfermagem estão incorporados no processo clínico e estão acessíveis a profissionais com responsabilidade na tomada de decisões no plano assistencial do utente.

I. A pessoa como centro do sistema de saúde

3. Informação clínica

Standard S 02 03.06_00 O Hospital garante o direito da pessoa poder obter informação sobre o seu processo clínico.



Propósito: Estabelecer e difundir o procedimento que permite aos utentes poderem aceder à informação ou parte dela contida no seu processo clínico, de acordo com a norma legal vigente.

Elementos avaliáveis:

1. Está definido e implementado um procedimento, de acordo com as normas em vigor, para garantir aos utentes o acesso à informação constante no seu processo clínico ou a parte dele.
2. O procedimento para aceder à informação constante do processo clínico é difundido às pessoas.

Standard S 02 03.07_00 Existe um sistema de registo da movimentação dos processos clínicos que garante a sua localização e disponibilidade.



Propósito: Garantir a permanente disponibilidade do processo clínico para permitir um controlo da sua rastreabilidade a qualquer momento.

Elementos avaliáveis:

1. Está definido e implementado um sistema que permite conhecer a localização e uso do processo clínico em cada momento.
2. Em caso de necessidade de aceder ao processo clínico, existem mecanismos que o facilitam, independentemente do local onde se encontre.

Standard S 02 03.08_00 O Hospital dispõe de um processo clínico digitalizado na sua totalidade.



Propósito: Possuir todos os registos e documentos relacionados com a prestação assistencial prestada no Hospital digitalizados e incorporados no processo clínico eletrónico. Evitar a existência simultânea de documentos em formato eletrónico e em formato papel, que dificultam a integração num único arquivo e aumentam o perigo de perda de informação.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um processo clínico eletrónico que possibilita a realização de todos os registos gerados durante a prestação de cuidados de saúde.
2. Todos os documentos associados à atividade assistencial estão incorporados no processo clínico eletrónico.
3. Não existem documentos ou registos em papel ainda que estejam identificados com o mesmo número do processo eletrónico.



II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão dos processos assistenciais

Intenção do critério

Avançar na evolução da gestão da organização de cuidados de saúde, passando de um modelo tradicional de gestão por serviços, em que o foco estava nas atividades desenvolvidas nos serviços, para um modelo de gestão por processos, em que o foco é posto na pessoa que é atendida.

Entendendo o processo assistencial como uma sucessão de intervenções organizadas no tempo, em que para cada uma as responsabilidades estão atribuídas, os recursos necessários estão identificados e alguns dos critérios de qualidade determinados para a sua execução (O Quê, Quando, Quem e Como), que se inicia quando a pessoa recorre a um serviço de saúde e com alguns resultados. O conjunto de standards deste critério permite ir desenvolvendo um caminho de melhoria contínua assistencial no Hospital com a procura na diminuição da variabilidade clínica, na continuidade assistencial e na satisfação das necessidades e expectativas das pessoas. O Hospital deve identificar toda a sua atividade que possa vir a ser gerida como um processo em função do impacto assistencial que tem (prevalência, complexidade, impacto na saúde das pessoas, etc.), para poder planificar adequadamente a implementação do tipo de gestão por processos.

Legenda:

  
OBRIGATÓRIOS

  
GRUPO I

  
GRUPO II

  
GRUPO III

Standard

S 02 04.01_01

O Hospital tem identificados os processos assistenciais-chave que lhe são específicos em função da sua carteira de serviços autorizada e tem estabelecida uma estratégia de implementação dos mesmos.



Propósito: Orientar esforços de coordenação e controlo da variabilidade na prática clínica em situação de especial relevância, tanto pela sua incidência como pelo seu impacto na atividade assistencial, através da implementação dos processos assistenciais-chave no Hospital. Adaptar e implementar localmente os processos assistenciais, mediante uma série de atuações que incluem: uma análise da situação, uma priorização de necessidades, a definição de oportunidades de melhoria, um sistema de registo, um plano de comunicação e o desenvolvimento de grupos de melhoria.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital designa um responsável por cada processo assistencial implementado.
2. Os profissionais conhecem, relativamente aos processos assistenciais implementados, as suas responsabilidades e funções.
3. Para cada novo processo assistencial-chave a ser implementado, o Hospital realiza a análise da situação e das necessidades, a adaptação local do processo em função da sua carteira de serviços e recursos e desenvolve grupos de melhoria do processo. Nos processos assistenciais já implementados, atualiza periodicamente a análise da situação dos mesmos, bem como a sua adaptação local, para assegurar que responde às necessidades e circunstâncias atuais.
4. Para cada processo assistencial-chave implementado foram identificados os pontos críticos para a segurança do utente, que devem ser considerados quando os profissionais prestam cuidados de saúde.


Standard
 S 02 04.02_00

Elaboraram procedimentos normalizados de trabalho para desenvolver cada uma das fases dos processos assistenciais implementados, que estão disponíveis para os profissionais do Hospital.



Propósito: Elaborar, consensualizar e sistematizar as atuações necessárias para o desenvolvimento das atividades em cada uma das fases do processo assistencial.

Elementos avaliáveis:

1. Para cada processo assistencial implementado foram identificadas as necessidades de elaborar procedimentos destinados a diminuir a variabilidade na prática clínica.
2. As atuações a realizar, destinadas a diminuir a variabilidade na prática clínica, são descritas e protocoladas.
3. Os procedimentos definidos e elaborados são difundidos pelos profissionais.

Standard
 S 02 04.03_00

O Hospital implementa a gestão por processos para a prestação de cuidados de saúde a outras patologias que não a dos processos-chave.



Propósito: Implementar a gestão por processos a todas as patologias e situações clínicas que não estejam incluídas nos processos-chave implementados, que impliquem alocação de diversos recursos e serviços no Hospital, com a finalidade de estabelecer um quadro de referência destinado a otimizar os fluxos assistenciais e evitar lacunas na prestação de cuidados de saúde.

Elementos avaliáveis:

1. Identificar as patologias atendidas suscetíveis de virem a ser convertidas em processos assistenciais a implementar.
2. Para as patologias identificadas são implementados processos assistenciais segundo o mesmo esquema que o dos processos-chave: análise da situação, adaptação local do processo, criação de gupo de melhoria do processo e identificação dos pontos críticos de segurança do utente no processo.
3. Os processos implementados contêm as responsabilidades dos profissionais que estão difundidas por estes últimos.

Standard
 S 02 04.04_01

O Hospital tem estabelecida uma estratégia de avaliação e difusão de resultados dos processos assistenciais implementados.



Propósito: Avaliar os processos assistenciais implementados através dos indicadores definidos para cada um deles e difundir esses resultados entre os seus profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. Estão definidos os sistemas de acompanhamento e avaliação para os processos assistenciais implementados no Hospital.
2. Existe uma avaliação periódica dos indicadores dos processos assistenciais implementados e são desenvolvidas as áreas de melhoria identificadas.
3. Os profissionais conhecem os resultados obtidos nos processos assistenciais implementados.

II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão de processos assistenciais

Standard S 02 04.05_01

Os profissionais do Hospital incorporam na sua prática clínica as recomendações estabelecidas nos processos assistenciais sobre o tratamento farmacológico.



Propósito: Avaliar o grau de adesão dos profissionais às recomendações farmacológicas sobre os tratamentos das patologias descritas nos processos assistenciais, assegurando que as pessoas recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas.

Elementos avaliáveis:

1. Os processos assistenciais implementados têm incorporadas as recomendações específicas para o tratamento farmacológico.
2. O Hospital realiza auditorias para avaliar o grau de adesão dos profissionais às recomendações farmacológicas constantes dos processos assistenciais implementados.

Standard S 02 04.06_00

O Hospital realiza uma adequada gestão dos riscos, identificados nos processos assistenciais integrados, para a segurança do utente.



Propósito: Analisar e priorizar os pontos críticos de risco identificados para a segurança do utente nos processos assistenciais implementados. Elaborar um plano de melhoria destinado a prevenir o aparecimento de falhas e a avaliar o impacto das medidas corretiva implementadas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital incorpora medidas de segurança (ex.: nos procedimentos diagnósticos, terapêuticos, etc.) relacionadas com os pontos críticos de risco identificados nos processos assistenciais implementados no Hospital.
2. O Hospital define e mede indicadores de segurança do utente relacionados com os pontos críticos dos processos assistenciais.
3. É elaborado e implementado um plano de melhoria e medido o seu impacto.



II. Organização da atividade centrada na pessoa

5. Promoção da saúde e qualidade de vida

Intenção do critério

Neste critério são abordados os aspectos da intervenção comunitária que o Hospital presta à população de referência. O Hospital, ao desenvolver o seu papel como agente de cuidados de saúde, resolve problemas de saúde específicos da população e, para além disso, contribui para a prevenção de doenças e sequelas, para a manutenção dos mais altos níveis de saúde da população, além de incentivar os cidadãos na participação e responsabilização da sua saúde.

Standard S 02 05.01_01

Deteta as oportunidades de intervenção na promoção da saúde na comunidade e planifica as ações pertinentes.



Propósito: Analisar as oportunidades de poder realizar ações de educação para a saúde à população de referência, com o objetivo de prevenir ou evitar futuros problemas de saúde.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece as principais necessidades de saúde da população de referência e as características da procura de serviços.
2. O Hospital realiza uma planificação de ações de intervenção na comunidade para abordar as necessidades identificadas.
3. O Hospital implementa periodicamente as ações de promoção da saúde planificadas.

Standard S 02 05.02_00

O Hospital realiza atividades de promoção da saúde em colaboração com outras organizações locais de representação da cidadania (associações locais, escolas, forças de segurança, etc.).



Propósito: Planificar e realizar atividades de promoção da saúde e prevenção de acidentes em colaboração com outras organizações locais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital planifica e realiza atividades (palestras, workshops, participação em conferências, etc.) de promoção da saúde e prevenção de acidentes em colaboração com organizações locais representantes da população.



Standard
S 02 05.03_00 O Hospital promove a dádiva voluntária de sangue e seus derivados, bem como de órgãos e tecidos.



Propósito: Implementar medidas de promoção para a dádiva de sangue e seus derivados, bem como de órgãos e tecidos, colaborando no sentido de dispor de reservas mínimas que garantam o seu fornecimento à população em caso de necessidade.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital impulsiona a promoção da dádiva regular voluntária de sangue e seus derivados.
2. O Hospital informa sobre a dádiva de órgãos e tecidos com o objetivo de a promover.
3. O Hospital define os mecanismos de colaboração com o centro de transfusão sanguínea e banco de órgãos e tecidos de referência.

Standard
S 02 05.04_00 A análise do conhecimento adquirido sobre as necessidades e características da população atendida é utilizada para a programação da formação contínua dos profissionais do Hospital.



Propósito: Melhorar as competências dos profissionais do Hospital para prestar serviços mais individualizados e eficazes às pessoas, com base no conhecimento adquirido sobre as características da sua população de referência.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa as características (sociais, sanitárias, culturais e demográficas) e as necessidades em saúde da população atendida.
2. O Hospital estabelece os objetivos assistenciais a atingir com base nas características e necessidades da população atendida.
3. O Hospital planifica atividades formativas para os profissionais em função das características e necessidades identificadas.
4. O Hospital procede a uma avaliação da formação realizada aos profissionais para verificar se os objetivos propostos foram atingidos.

Standard
S 02 05.05_01 O Hospital garante uma adequada informação e vigilância epidemiológica.



Propósito: Garantir que os profissionais fazem as notificações relacionadas com a vigilância epidemiológica de acordo com os programas de alerta sanitário.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais do Hospital dispõem de uma lista ou semelhante de Doenças de Declaração Obrigatória.
2. Os profissionais do Hospital conhecem o procedimento para a notificação das Doenças de Declaração Obrigatória.
3. O Hospital dispõe de uma estratégia de abordagem no caso de aparecimento (ou suspeita) de surtos epidémicos.
4. Os profissionais conhecem os procedimentos estabelecidos para o caso de aparecimento (ou suspeita) de surtos epidémicos.

II. Organização da atividade centrada na pessoa

5. Promoção da saúde e qualidade de vida

Standard

S 02 05.06_00

O Hospital tem definida e aplica uma estratégia de abordagem para os utentes vulneráveis e de maior risco e seus cuidadores.



Propósito: Garantir uma prestação de cuidados adequada a pessoas que são especialmente vulneráveis e frágeis (multipatologias, grandes dependentes, utentes em cuidados paliativos, etc.), bem como desenvolver as ações necessárias para poder dar apoio aos seus potenciais cuidadores. Dispor de mecanismos para identificação destas situações e ativação de recursos específicos de ajuda.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica sistematicamente as pessoas vulneráveis, frágeis e dependentes que atende, bem como os seus cuidadores, valoriza as suas necessidades e dá-lhes uma resposta planeada e prioritária.
2. O Hospital implementa medidas destinadas a diminuir o risco de sobrecarga dos cuidadores em situações de internamento hospitalar ou de acompanhamento a consultas externas.
3. Existe uma estratégia definida para uma ótima gestão dos materiais e recursos de suporte na área da responsabilidade do Hospital.

Standard

S 02 05.07_00

O Hospital dispõe de um programa destinado ao atendimento de situações de pessoas vítimas de maus-tratos.



Propósito: Divulgar e dar a conhecer, aos profissionais do Hospital, os protocolos de atuação a cumprir em caso de pessoas suspeitas de estarem sujeitas a violência ou maus-tratos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem definidos os protocolos de atendimento a pessoas suspeitas de estarem sujeitas a maus-tratos.
2. Os profissionais conhecem os protocolos e as suas responsabilidades no atendimento a pessoas vítimas de maus-tratos.
3. O Hospital possui recursos que proporcionam um atendimento cómodo, íntimo e tranquilizador para este tipo de situações (por exemplo, circuitos especiais, espaços assistenciais individualizados, apoio psicológico especializado, etc.).


Standard
 S 02 05.08_00

O Hospital realiza uma abordagem específica à pessoa com dor.



Propósito: Reconhecer a dor como um problema de saúde que afeta gravemente a qualidade de vida das pessoas e desenvolver medidas para a abordagem da dor que incluam medidas farmacológicas e terapêuticas. Envolver os profissionais capacitados para o efeito e os recursos necessários para o atendimento a pessoas com este tipo de problema de saúde.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de ferramentas específicas e validadas para avaliar a dor.
2. O Hospital dispõe de recomendações farmacológicas para uma adequada abordagem da dor em função da avaliação realizada.
3. O Hospital realiza um acompanhamento da efetividade das medidas tomadas para a abordagem da dor.
4. A abordagem da dor (avaliação do grau, intervenção e acompanhamento) é incorporada no processo clínico do utente.

Standard
 S 02 05.09_00

O Hospital definiu e implementou um programa de atendimento integral para a pessoa com dor.



Propósito: Definir de maneira formal um programa de atendimento para a pessoa com dor, que contemple tanto a sua abordagem como a coordenação entre serviços, profissionais ou centros que possam estar envolvidos no referido programa.

Elementos avaliáveis:

1. Existe um programa documentado de atendimento à pessoa com dor onde estão refletidos: as responsabilidades, critérios e mecanismos de inclusão no programa, recursos disponibilizados, informação sobre a oferta, protocolos de abordagem e mecanismos de avaliação do programa.
2. Estão implementados os mecanismos de colaboração entre serviços, profissionais ou níveis assistenciais para a continuidade assistencial no atendimento à pessoa com dor.
3. É valorizada de modo sistemático e com base em critérios objetivos e validados a adoção das abordagens terapêuticas não farmacológicas (eletroterapia, acupuntura, abordagem psicológica, etc.), proporcionadas ou não pelo próprio Hospital para a abordagem da pessoa com dor.
4. O grau de satisfação das pessoas utilizadoras é contemplado na avaliação do programa de atendimento à pessoa com dor.
5. O Hospital monitoriza indicadores relacionados com o atendimento à pessoa com dor e com os circuitos específicos atribuídos.
6. Os resultados obtidos no atendimento da pessoa com dor são publicados.

II. Organização da atividade centrada na pessoa

5. Promoção da saúde e qualidade de vida

Standard

S 02 05.10_00

O Hospital privilegia a inovação e criação de conhecimento no atendimento à pessoa com dor.



Propósito: Envolver o Hospital na investigação e geração de conhecimento sobre abordagens inovadoras que melhorem o atendimento à pessoa com dor.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital incorpora, de modo sistemático, a última evidência científica disponível na abordagem da pessoa com dor (grupos de trabalho, comissões técnicas, etc.).
2. Existem os mecanismos formais para a identificação e difusão das boas práticas do Hospital na abordagem da pessoa com dor.
3. O Hospital participa e colabora em redes de cuidados de atendimento à pessoa com dor com outros centros ou níveis assistenciais.



II. Organização da atividade centrada na pessoa

6. Direção e planeamento estratégico

Intenção do critério

O conjunto dos standards deste critério pretende assinalar o papel fundamental que a liderança tem na gestão da qualidade da prestação de cuidados de saúde. A Direção do Hospital é a responsável por impulsionar a cultura da qualidade e a melhoria contínua e, para isso, deve definir um plano, desenvolver estratégias, possuir estruturas e dispor de instrumentos de suporte à sua implementação concreta.

Standard S 02 06.01_00

O Hospital dispõe de um organigrama onde estão estabelecidas as responsabilidades e funções dos líderes da organização.



Propósito: Apresentar e difundir a estrutura formal atualizada do Hospital, com a identificação do fluir das responsabilidades e a descrição das principais funções dos profissionais que a compõem.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um organigrama com a sua estrutura formal, responsabilidades e funções dos profissionais com liderança.
2. O organigrama é difundido a todos os profissionais.

Standard S 02 06.02_01

O Hospital dispõe de uma planificação estratégica documentada e coerente com a sua missão, priorizando os seus objetivos de acordo com a análise prévia sobre a sua atividade, as expectativas da população que atende e os recursos disponíveis.



Propósito: Planificar, a médio e longo prazo, a gestão do Hospital segundo uma análise prévia da situação e dos objetivos a alcançar. Envolver em todo o processo os profissionais e utentes e divulgá-lo pelos profissionais como um guia da organização.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem definida a missão, visão e valores.
2. O Hospital dispõe de uma análise documentada da população frequentadora e da sua atividade, que serve como informação base para definir a estratégia.
3. Está definido um plano estratégico do Hospital destinado a responder à missão, visão e valores, que contempla o período de vigência, os objetivos, as linhas estratégicas e as responsabilidades.



Standard S 02 06.03_00 O Hospital dispõe de um plano de competências de gestão e liderança na organização da saúde.



Propósito: Definir os perfis de liderança e competências de gestão na organização, identificar os líderes em função desses perfis e desenvolver as suas competências de liderança com o objetivo de as melhorar e de aumentar a sua visibilidade.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem definido o que entende por líder e qual o seu perfil.
2. O Hospital tem os seus líderes identificados.
3. O Hospital implementa um programa de desenvolvimento das competências de gestão e liderança destinado aos seus líderes.
4. Os profissionais conhecem os seus líderes e as suas responsabilidades.

Standard S 02 06.04_00 O Hospital envolve os profissionais na realização e implementação dos objetivos.



Propósito: Alocar quotas de participação para cada profissional na realização dos objetivos globais, tendo como base as suas competências, tarefas atribuídas e motivações, determinando metas de cumprimento para cada um.

Elementos avaliáveis:

1. Realizar um desdobramento dos objetivos globais do Hospital tendo em conta as competências, tarefas e motivações de cada profissional.

Standard S 02 06.05_00 A Direção considera o clima laboral como um elemento de desenvolvimento organizativo do Hospital.



Propósito: Analisar o clima laboral no Hospital e estabelecer as medidas necessárias para a sua melhoria.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital monitoriza o seu clima laboral e avalia os resultados obtidos, identificando áreas de melhoria.
2. O Hospital implementa as áreas de melhoria detetadas.
3. O Hospital melhora os resultados obtidos após as medidas corretivas terem sido implementadas.

II. Organização da atividade centrada na pessoa

6. Direção e planeamento estratégico

Standard

ES 02 06.06_01

O Hospital dispõe e difunde o relatório de atividades anual.



Propósito: Elaborar um relatório anual, que reflita as principais linhas de atividade, as atividades alcançadas e os resultados obtidos, como um exercício de transparência.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital elabora um relatório de atividades anual que contempla as suas estratégias de gestão, os serviços e atividades prestados durante o ano e a análise do cumprimento dos resultados.
2. O relatório de atividades anual é difundido aos seus grupos profissionais de interesse.

Standard

S 02 06.07_00

O Hospital promove a participação do cidadão como um elemento de melhoria contínua.



Propósito: Trabalhar com grupos de pessoas (associações, grupos de utentes, etc.) na identificação e incorporação de oportunidades de melhoria no Hospital, de modo sistemático e com cronograma estabelecido. O Hospital é proativo no desenvolvimento dos canais de participação dos cidadãos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de canais de comunicação estáveis para que o cidadão possa participar e transmitir a sua visão sobre a melhoria da prestação de cuidados de saúde no Hospital (comités, grupos de trabalho, colaboração com associações, etc.).
2. As contribuições recebidas através dos canais de participação do cidadão são incorporadas aquando da tomada de decisões no Hospital (Conselhos Diretivos ou semelhantes).
3. Os cidadãos que utilizam os canais de participação são informados sobre o tratamento dado às suas contribuições.
4. O Hospital analisa e melhora os canais estáveis de participação do cidadão, tanto sobre o ponto de vista quantitativo (participantes) como qualitativo (contribuições).

Standard

S 02 06.08_00

O Hospital estabelece alianças e colaborações formais com outras organizações para alcançar uma maior eficiência na realização dos seus objetivos e prazos.



Propósito: Promover o desenvolvimento do Hospital através de consenso com outras organizações, de modo a criar sinergias e partilha de recursos e conhecimento.

Elementos avaliáveis:

1. A Direção do Hospital tem estabelecido alianças estratégicas com outras organizações com base nos objetivos definidos e nos compromissos explícitos adquiridos.
2. A Direção do Hospital impulsiona a procura e criação de alianças com outras organizações que permitam trazer um valor acrescentado à organização.
3. Os acordos de colaboração e as alianças estabelecidas são avaliados de modo a poder objetivar a realização dos objetivos propostos e benefícios para o Hospital.



Standard S 02 06.09_01 O Hospital estabelece e gere um plano de comunicação interna e externa.



Propósito: Estabelecer os canais ascendentes, descendentes e transversais de comunicação interna e externa. Assegurar que se estabelecem os processos de comunicação efetivos dentro e fora do Hospital e que se efetua a difusão da informação necessária para o desenvolvimento das suas atividades. Dispor de mecanismos de comunicação e atuação perante casos inesperados (analíticos, estudos de diagnóstico imagiológico, etc.) que requeiram uma atuação imediata.

Elementos avaliáveis:

1. Os canais formais de comunicação externa e interna foram definidos e são difundidos aos profissionais para que os utilizem.
2. Está definida a informação a difundir através dos canais de comunicação.
3. Estão definidas as responsabilidades dos profissionais pela comunicação interna e externa do Hospital.
4. É monitorizada a adequação da utilização dos canais de comunicação internos e externos com base em critérios ou indicadores previamente estabelecidos.

Standard S 02 06.10_00 O Hospital assume que as condições de conforto que afetam as pessoas constituem uma variável da sua própria gestão, analisando a situação, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos.



Propósito: Aumentar o grau de satisfação das pessoas durante a prestação de cuidados de saúde, através da incorporação, nos processos do Hospital, de todas as variáveis relacionadas com o conforto, adequando a organização a partir de estudos de situação, estabelecendo objetivos e analisando a informação disponível não só em termos de reclamações, como de inquéritos de satisfação. Considerar como variáveis internas aos processos do Hospital: gestão da espera no atendimento (interconsultas, provas diagnósticas, transferências, etc.), as visitas aos utentes, a sua comodidade, o seu descanso (horários e ruídos), a impressão causada pelo estado das instalações, os sanitários, a iluminação, a limpeza, a rouparia, a alimentação, a comunicação com os familiares (visitas e contacto telefónico) e a comunicação interna com os profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa regularmente as condições de conforto das suas instalações.
2. O Hospital dispõe de informação sobre o grau de satisfação das pessoas utilizadoras em relação ao conforto.
3. É garantida a implementação de melhorias no conforto com a alocação de responsabilidades na gestão deste aspeto e com a disponibilização de recursos necessários.

III. Os profissionais

7. Profissionais

Intenção do critério

Os profissionais do Hospital, como atores diretos na entrega dos serviços, são um elemento fundamental para poder oferecer cuidados de saúde em segurança e que estejam de acordo com as expectativas e necessidades das pessoas. São os elementos da organização que passam da planificação realizada para a prática assistencial e são quem recolhe a opinião e satisfação das pessoas a quem são prestados os cuidados de saúde.

O Hospital deve desenvolver estratégias estáveis que permitam estabelecer um marco de referência na competência dos seus profissionais e alocar os recursos necessários para esse desenvolvimento, otimizando esforços e avaliando a sua adequação e impacto.

Legenda:



OBRIGATÓRIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

Standard

S 02 07.01_00

O Hospital tem definidas as funções e responsabilidades para os diferentes postos de trabalho.



Propósito: Definir as funções e responsabilidades de cada posto de trabalho como instrumento de apoio indispensável para um melhor e mais eficiente desenvolvimento das funções e atividades dos profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um mapa completo e atualizado dos postos de trabalho.
2. As funções e responsabilidades que correspondem aos postos de trabalho estão definidas.
3. Os profissionais conhecem as suas funções e responsabilidades.

Standard

S 02 07.02_01

Os mapas de competências dos profissionais do Hospital estão definidos e adequados aos diferentes postos de trabalho e processos e mantêm-se atualizados.



Propósito: Definir as competências (atitudes, conhecimentos e habilidades) apropriadas aos postos de trabalho definidos. Incorporar nos mapas de competências novas necessidades ou alterações de competências que se verifiquem, mantendo as funções dos postos de trabalho atualizadas e fidedignas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define as competências gerais, transversais e específicas (por posto de trabalho) para todos os profissionais de saúde.
2. O Hospital dispõe de um procedimento formal para a revisão periódica dos mapas de competências (responsáveis, periodicidade das revisões, relatório dos resultados das revisões e das alterações, caso as tenha havido).



Standard
S 02 07.03_01 O Hospital realiza periodicamente a avaliação das competências dos profissionais para identificar as suas necessidades de formação e desenvolvimento.



Propósito: Avaliar as competências, seguindo uma metodologia definida, para poder ajustar os Planos de Desenvolvimento Individual às necessidades e interesses do Hospital e de cada um dos profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital avalia de modo formal e periódico as competências dos profissionais previamente definidas.
2. Com base no resultado obtido, o Hospital identifica as necessidades de formação.

Standard
S 02 07.04_00 O Hospital facilita e promove a acreditação das competências dos seus profissionais.



Propósito: Promover a acreditação de competências dos profissionais do Hospital, com o objetivo de reconhecer o alcance do seu desempenho no trabalho diário, dar visibilidade aos resultados e identificar áreas de melhoria contínua para a sua atividade profissional.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma estratégia destinada a fomentar a acreditação das competências dos seus profissionais.
2. O Hospital disponibiliza as ferramentas necessárias para a acreditação das competências dos seus profissionais.

NA

Não aplicável em Portugal

Standard
S 02 07.05_01 O Hospital aplica um plano de acolhimento para os novos profissionais.



Propósito: Planear a incorporação de novos profissionais no Hospital, identificando aqueles aspetos relevantes do posto de trabalho, oferecendo o material e os recursos de apoio necessários (manuais, guias, tutoria, etc.).

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital avalia as necessidades do novo profissional para poder adaptar-se ao seu posto de trabalho.
2. Estão definidas as atuações a realizar para responder às necessidades do novo profissional.

III. Os profissionais

7. Profissionais

Standard S 02 07.06_00 O Hospital tem identificados os Planos de Formação Individuais dos seus profissionais em função da avaliação das competências.



Propósito: Desenvolver um Plano de Formação para os profissionais do Hospital com o propósito de dar resposta ao desenvolvimento das suas competências e alcançar os objetivos da organização.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital elabora Planos de Formação Individual na sequência da avaliação das competências.
2. Os Planos de Formação Individuais têm definidos os objetivos de aprendizagem.
3. São utilizadas ferramentas para avaliar a formação recebida.
4. Os resultados são registados para permitir a análise e a melhoria contínua do plano de formação.

Standard S 02 07.07_00 O Hospital implementou uma estratégia de desenvolvimento profissional para os seus profissionais.



Propósito: Definir e executar planos de desenvolvimento individual para os seus profissionais, com o objetivo de melhorar os seus perfis e facilitar a prestação de cuidados de saúde com os maiores níveis de excelência.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital estabelece planos de desenvolvimento individual para todos os seus profissionais, onde estão contemplados os objetivos de desenvolvimento, os recursos a utilizar (formação, rotações, investigação, etc.), as responsabilidades, cronograma e sistemas de revisão.
2. Existe uma revisão sistemática dos planos de desenvolvimento individual.
3. O Hospital utiliza ferramentas para avaliar a evolução do plano e os níveis de desenvolvimento alcançados.

Standard S 02 07.08_00 A formação contínua que os profissionais do Hospital efetuam está acreditada.



Propósito: Garantir a qualidade das atividades de formação contínua realizadas pelos profissionais do Hospital.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem definida uma estratégia de acreditação das atividades de formação contínua.
2. Na oferta de atividade formativa do Hospital é garantida a existência de atividades formativas acreditadas para os temas relacionados com os objetivos estratégicos ou processos-chave.

NA

Não aplicável em Portugal

**Standard**
S 02 07.09_01

O Hospital desenvolve linhas próprias de investigação.



Propósito: Impulsionar a investigação no Hospital como elemento de inovação e desenvolvimento.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma estrutura estável de investigação (recursos próprios ou partilhados, responsáveis pela investigação, etc.).
2. Estão definidas as linhas de investigação em função da carteira de serviços.
3. O Hospital tem ativos projetos de investigação próprios.
4. O Hospital publica os resultados da sua investigação em revistas com impacto no setor.

Standard
S 02 07.10_00

O Hospital dispõe de projetos próprios de investigação financiados e avaliados por agências externas, que tenham sido aceites pela Comissão de Investigação e às quais se acede por concursos públicos.



Propósito: Promover a obtenção regular de recursos financeiros provenientes de fundos públicos para a investigação e desenvolvimento científico, através da disponibilização de fundos económicos de I+D, e garantindo a autonomia no financiamento.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de projetos próprios de investigação financiados.
2. O Hospital publica os resultados da sua investigação em revistas com impacto no setor.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores

Definição do critério

As organizações de saúde devem, neste âmbito, procurar satisfazer certos aspetos particulares da qualidade, tais como: a segurança, as acessibilidades, o conforto e o impacto no meio ambiente.

Os diferentes elementos da qualidade relativos à gestão dos edifícios, do equipamento e dos fornecedores (tais como prazos legais, controlo e informação sobre as manutenções a realizar, informação sobre a atividade, capacitação do pessoal, controlo sobre a atuação dos fornecedores, critérios de segurança ambiental) deverão alcançar determinados níveis de cumprimento, sem os quais não se pode garantir uma prestação de serviços de qualidade.

Legenda:



OBRIGATÓRIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

Standard

S 02 08.01_01

A documentação legal e técnica, os projetos, as autorizações e certificados finais de obras e instalações, assim como a documentação emitida pelos organismos competentes em matéria de segurança estrutural e matéria de saúde, estão disponíveis e devidamente atualizados.



Propósito: Proporcionar à Direção do Hospital informação pertinente para que a mesma tenha, em qualquer momento, o conhecimento real e atualizado da situação estrutural do edifício e das instalações, e disponha de informação certificada em matéria de segurança e saúde, com o objetivo de oferecer garantias de segurança a todos os profissionais, utentes e visitantes que acedam às instalações.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece as instalações que dão suporte ao funcionamento da sua atividade e dispõe das respetivas autorizações e requisitos técnico-legais de funcionamento.
2. O Hospital dispõe de documentação técnico-legal necessária e atualizada, sem incidências para resolver, que habilite ao funcionamento das suas instalações.

Standard
S 02 08.02_01

Foram definidas e aplicam-se as medidas necessárias para garantir e assegurar, de forma permanente, a segurança da infraestrutura e das instalações.



Propósito: Conhecer e garantir, de forma permanente, a segurança do estado estrutural e a manutenção das instalações, através da realização de inspeções, revisão e atualização da documentação técnica e legal, avaliações, autorizações ou relatórios emitidos pelas autoridades competentes, realizando o correspondente controlo destas ações com vista a atuar e implementar as medidas necessárias em caso de ocorrência de possíveis incidências.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital acompanha o estado de manutenção das instalações que dão suporte ao desenvolvimento da sua atividade e identifica as necessidades de manutenção.
2. O Hospital dispõe de um plano de manutenção da infraestrutura e das instalações devidamente atualizado, não existindo desprogramações das ações de manutenção não justificadas, nem incidências por resolver.
3. O Hospital dispõe de mecanismos conhecidos pelo pessoal implicado na comunicação das deficiências detetadas no funcionamento ou falta de manutenção das instalações que dão suporte a áreas-chave da sua atividade assistencial, bem como implementa os mecanismos necessários para a comunicação, registo e resolução de incidências.

Standard
S 02 08.03_01

Assegurar que as empresas e os recursos humanos responsáveis pela realização de inspeções e manutenção das instalações do Hospital são adequados e estão devidamente qualificados, homologados e autorizados, em função da complexidade requerida.



Propósito: Garantir que o seu pessoal técnico, bem como o pessoal contratado ou as empresas que intervêm nos trabalhos relacionados com a segurança estrutural estão devidamente habilitados com as competências e qualificação técnicas adequadas.

Elementos avaliáveis:

1. As empresas contratadas para efetuarem a manutenção ou os próprios profissionais do Hospital, em conformidade com a complexidade requerida, dispõem das respetivas certificações/homologações ou autorizações, assim como da qualificação suficiente para realizar os trabalhos relacionados com a segurança estrutural e a manutenção do edifício e instalações.
2. As empresas contratadas estão inscritas ou registadas junto do organismo territorial/nacional da autoridade competente quando tal requisito seja exigido.
3. As empresas contratadas dispõem de seguro de responsabilidade civil adequado à sua atividade e riscos.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura,
equipamento
e fornecedores

Standard

S 02 08.04_01

Existem procedimentos para garantir as comunicações e os abastecimentos essenciais e prioritários em caso de emergência.



Propósito: Assegurar a continuidade da atividade assistencial e de suporte, das infraestruturas, instalações e equipamento através do planeamento das atuações de contingência, disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece quais os equipamentos e instalações críticas que, deixando de funcionar ou responder, podem comprometer a continuidade da atividade assistencial ou de suporte.
2. O Hospital dispõe de planos de contingência específicos para abastecimentos essenciais e críticos, tais como a eletricidade, água, combustível (gás natural, gásóleo e outros), gases medicinais, central de telefones, telemóveis e outros meios inerentes à organização, complexidade e criticidade das instalações.
3. O pessoal implicado na resolução de situações de emergência está preparado para aplicar determinadas medidas de contingência, conhecendo essas medidas e o seu nível de responsabilidade na execução das mesmas.
4. Foi estabelecido um procedimento de controlo de armazenamento e disponibilidade de material de resposta crítica.

Standard

S 02 08.05_00

Existe material de reposição e reparação para garantir a operacionalidade do equipamento e das instalações não críticas, dentro de um prazo que não comprometa a continuidade da atividade assistencial.



Propósito: Assegurar a substituição ou reposição de equipamento e instalações, com vista a permitir que a atividade assistencial não seja interrompida.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um inventário para reposição de material para instalações e equipamentos não críticos.
2. Existe uma análise do impacto na atividade assistencial do Hospital derivada da necessidade surgida de reparar ou substituir equipamentos ou instalações (desprogramação/suspensão de cirurgias ou consultas, etc.).
3. O Hospital dispõe de uma metodologia eficaz para controlar o armazenamento e a reposição de material num prazo razoável.

Standard

S 02 08.06_01

As zonas das instalações estratégicas estão sinalizadas e garantem o acesso restringido ao pessoal autorizado.



Propósito: Assegurar que o acesso a zonas críticas das instalações é restringido a pessoas com a qualificação ou autorização adequada, para evitar incidentes/ /acidentes que coloquem em perigo a segurança dos utentes, familiares, cidadãos e profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma clara identificação das zonas das instalações estratégicas com acesso restringido (por exemplo, posto de transformação, quadro elétrico de baixa tensão, sala de bombeamento de água para utilização na prestação de cuidados, centro de processamento de dados, entre outros).
2. Existe procedimentos/mecanismos para a habilitação e restrição do acesso a profissionais e utentes a instalações de risco ou estratégicas do Hospital.
3. O Hospital dispõe de uma relação dos profissionais/empresas autorizadas a acederem a cada uma das zonas das instalações estratégicas.

Standard

S 02 08.07_01

As obras são realizadas num ambiente seguro e de acordo com procedimentos estabelecidos.



Propósito: Aplicar os requisitos técnicos e legais em vigor quando são realizadas obras e adotar as medidas que garantam o acesso seguro dos utentes, seus familiares, cidadãos e profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe das correspondentes licenças e autorizações necessárias para efetuar as obras.
2. O Hospital dispõe de um procedimento de controlo e seguimento das obras e tem em consideração determinados aspetos que podem afectar a segurança dos profissionais e utentes (confinamento de incêndios, sinalização, monitorização das instalações, poluição ambiental, saídas de emergência e vias de evacuação, etc.). Está estabelecido um sistema de informação aos profissionais e utentes.
3. Existe um procedimento estabelecido para uma informação permanente dos profissionais e utentes.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura,
equipamento
e fornecedores

Standard
S 02 08.08_01

Dispõe de um procedimento orientado para os serviços e profissionais do Hospital para a identificação e registo das incidências ocorridas nos serviços não assistenciais.



Propósito: Assegurar a qualidade de todos aqueles serviços de suporte à atividade assistencial para que o serviço que é prestado às pessoas não fique comprometido.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica, de forma explícita, os requisitos da qualidade dos serviços-chave não assistenciais.
2. O Hospital dispõe de um procedimento ou vários procedimentos de atuação em caso da ocorrência de incidências em serviços não assistenciais, com todos os serviços identificados, a deteção, notificação, registo e controlo da resolução de incidências/ou defeitos de qualidade decorrentes da prestação de serviços não assistenciais (área da manutenção, equipamento de eletromedicina, informática, alimentação, lavandaria, limpeza, hotelaria, fornecimento e armazenamento e outros serviços gerais).
3. O Hospital regista as incidências/deficiências na qualidade da prestação dos diferentes serviços para assegurar a rastreabilidade da sua análise e resolução.
4. O nível de qualidade dos serviços não assistenciais é avaliado de forma sistemática e periodicamente, para detetar desvios sobre os níveis de qualidade previstos e poder atuar em consequência.

Standard
S 02 08.09_01

O Hospital dispõe de um procedimento de controlo da água para a prevenção da legionella.



Propósito: Garantir um grau ótimo dos parâmetros físicos, químicos e microbiológicos da água para consumo humano, através do cumprimento dos procedimentos de controlo estabelecidos, por forma a evitar riscos de contaminação na água e intoxicações que daí possam resultar para os utentes, seus familiares, cidadãos e profissionais de saúde.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de documentação correspondente, assim como licenças e autorizações necessárias em relação às instalações do Hospital (torres de refrigeração, se as houver), produtos químicos utilizados (registo de saúde e fichas de segurança) e intervenientes (qualificação dos profissionais ou homologação das empresas e laboratórios).
2. O Hospital dispõe dos procedimentos necessários para a manutenção, controlo e prevenção de riscos derivados das instalações de água.
3. O Hospital dispõe de pessoal necessário e devidamente qualificado para realizar todas as tarefas inerentes ao controlo e manutenção das instalações da água.
4. O Hospital dispõe de um registo decorrente da aplicação dos procedimentos de manutenção, em conformidade com a periodicidade estabelecida pela legislação/regulamentação de referência ou pelo próprio Hospital (sempre que esta seja mais restritiva que a primeira).

Standard
S 02 08.10_01

A qualidade do ar das diferentes zonas do Hospital é sistematicamente controlada, de modo a que seja garantida a salubridade e funcionalidade nas diversas zonas/dependências.



Propósito: Assegurar que o Hospital planifica os trabalhos de manutenção e procede ao controlo dos parâmetros significativos da qualidade do ar, garantindo o bom estado de uso de instalações de ventilação e climatização, a salubridade/higiene, a sua eficácia e eficiência energética, melhorando a durabilidade e avaliando os custos associados e conseguindo um adequado grau de conforto e segurança para os utentes, seus familiares, cidadãos e profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um inventário das instalações de ventilação/climatização (em especial, as de maior risco de contaminação).
2. O Hospital dispõe de um procedimento de controlo e seguimento da qualidade do ar nas zonas e dependências críticas (blocos operatórios, UCI, imunodeprimidos, doenças infecciosas e outras zonas de especial risco).
3. Existe registo dos controlos realizados.
4. Existe planeamento das áreas de melhoria/resolução de defeitos da qualidade decorrentes dos controlos realizados.

Standard
S 02 08.11_01

O Hospital garante que os utentes recebem uma alimentação que seja adequada à sua cultura e seus costumes, tendo em conta parâmetros de segurança alimentar.



Propósito: Garantir a segurança alimentar e proporcionar às pessoas uma alimentação adequada aos seus hábitos alimentares, considerando sempre as suas necessidades de saúde. Oferecer variedade e rotatividade de menus, de modo a permitir uma escolha, adaptar os horários normais das refeições e garantir as temperaturas (quente-frio) dos alimentos no momento em que são servidos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital (ou a empresa contratada que presta o serviço) dispõe de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controlo (APPCC).
2. O Hospital dispõe de um plano de dietas adaptado aos utentes.
3. Foi definido um procedimento ou sistema operativo para a prestação do serviço de alimentação aos utentes (horário, variedade e rotação de menus, entre outros).

IV. Processos de suporte

8. Estrutura,
equipamento
e fornecedores

Standard

S 02 08.12_01

Foram oportunamente implementadas medidas que garantem a acessibilidade dos utentes ao Hospital e aos seus serviços.



Propósito: Garantir que os utentes dispõem de melhores condições de acesso ao Hospital e aos seus serviços, através da dotação e da gestão de meios técnicos e estruturais possíveis.

Elementos avaliáveis:

1. Considerar as possíveis limitações de mobilidade e acessibilidade para as pessoas que são atendidas no Hospital (deficiência e/ou as condições de saúde que limitam a capacidade de movimentos).
2. Foram estudadas as condições de acessibilidade ao Hospital (barreiras arquitetónicas e sensoriais) e foram planificadas (em função da sua complexidade e viabilidade) as medidas para melhorar possíveis limitações.
3. A sinalização é suficiente, inequívoca, atualizada e em bom estado, tanto ao nível externo do Hospital como em relação aos serviços internos, estando identificado o seu acesso e localização.

Standard

S 02 08.13_01

O Hospital gere de forma eficiente as aquisições/compras e seus fornecedores, por forma a garantir a disponibilidade de todos os serviços, bens e equipamentos necessários para o seu normal funcionamento.



Propósito: Identificar os fornecedores, os bens e os serviços que suportam o seu funcionamento e as condições em que devem ser realizadas as aquisições/compras.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma lista/catálogo de fornecedores.
2. O Hospital dispõe de um procedimento para a avaliação sistemática dos fornecedores e dos registos associados.
3. O Hospital dispõe de uma lista ou catálogo de bens e equipamentos.
4. Foi definido o planeamento da renovação de bens, instalações e equipamentos, com conhecimento da Direção, identificando as necessidades do Hospital (considerando as estruturas disponíveis), priorizando ações com base na disponibilidade de recursos e as necessidades identificadas, avaliando novas aquisições (que devem incluir a vida útil e o planeamento da sua renovação no tempo), procedendo à revisão do plano, identificando novas necessidades e considerando as aquisições já realizadas.


Standard
 S 02 08.14_01

Na sequência de uma nova aquisição ou contratação de um novo serviço, foram avaliados os resultados obtidos em relação aos resultados esperados e refletidos contratualmente.



Propósito: Assegurar que o consumo de recursos económicos nas contratações/ /aquisições seja feito de forma eficiente e eficaz, associando a avaliação dos resultados obtidos de acordo com as valorizações iniciais que motivaram a contratação.

Elementos avaliáveis:

1. É definida uma metodologia de realização da avaliação dos resultados obtidos, através da aquisição de novos produtos, bens e serviços de acordo com a sua valorização inicial.
2. É avaliada, de forma sistemática, o novo serviço adquirido ou contratado e, em caso de desvios sobre o esperado, são realizadas ações corretivas (para o serviço contratado, para novos serviços contratados ou adquiridos no futuro).

Standard
 S 02 08.15_01

As aquisições e os serviços contratados são geridos em função do nível de responsabilidade do Hospital, realizando o controlo das faturas emitidas pelos fornecedores, de acordo com os controlos realizados, incidências detetadas, os contratos outorgados e os resultados obtidos.



Propósito: Garantir, em função do seu nível de responsabilidade, que os níveis de qualidade apresentados, quer relativamente às aquisições como relativamente aos serviços, correspondem com o exigido contratualmente, e que os preços e quantidades fornecidas também estão em conformidade com o objetivo de serem assegurados níveis de qualidade e de eficiência na gestão de recursos.

Elementos avaliáveis:

1. É definido um sistema de controlo de faturação de aquisição de bens e serviços.
2. São realizados registos de controlo de faturação de aquisição de bens e serviços, conforme procedimentos instituídos.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores

Standard S 02 08.16_00

O Hospital implementou um sistema de controlo e de gestão do armazém que permite a disponibilidade de existências para prestar os cuidados de saúde, otimizando custos.



Propósito: Realizar um controlo sistemático dos fornecimentos dos armazéns, através do seguimento das suas entradas e saídas, análise dos movimentos realizados e implementação de medidas que garantam a disponibilidade de produtos e material necessário para prestar os cuidados de saúde e otimizar os custos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital implementa um procedimento de controlo e gestão do armazém que lhe permite garantir que dispõe do material necessário para os serviços oferecidos.
2. Em caso de existirem desvios nos movimentos habituais e planificados das existências (aumento não previsto de saídas de determinado material, diminuição imprevista de existências de um determinado produto de saúde, etc.), realiza uma análise dos mesmos e planifica as medidas de melhoria.

Standard S 02 08.17_00

O Hospital assume para a gestão do equipamento de eletromedicina as atuações necessárias destinadas a garantir a sua utilização segura, mediante a designação dos respetivos responsáveis, o seguimento do equipamento, a realização das operações de manutenção, a informação e a formação dos profissionais.



Propósito: Garantir, dentro da organização: a definição das funções e responsabilidades no domínio do controlo de equipamento de eletromedicina, sua identificação e inventariação, o seguimento do seu estado funcional e seguro, a gestão das incidências, a realização das operações de manutenção preventiva e corretiva, assim como a formação e informação associada à sua utilização e segurança.

Elementos avaliáveis:

1. As funções de controlo do equipamento médico (identificação e inventário do mesmo, seguimento das suas operações de manutenção corretiva e preventiva, gestão de incidências e formação dos utilizadores do mesmo) estão definidas.
2. O Hospital realiza a manutenção de todo o equipamento utilizado para tratamento e diagnóstico.
3. São efetuadas revisões periódicas do equipamento de eletromedicina que atendem às recomendações do fabricante, à regulamentação técnico-legal, bem como são realizadas com instrumentos fiáveis no que concerne à calibração dos mesmos.
4. Os profissionais do Hospital têm formação sobre a utilização e riscos decorrentes da utilização de equipamentos na sua atividade, bem como formação para, em caso de reconhecido mau funcionamento do equipamento, suspenderem a sua utilização e comunicarem aos respetivos responsáveis a necessidade da sua reparação ou substituição.
5. Os procedimentos para a comunicação de qualquer incidência relacionada com o equipamento, registo e seguimento estão implementados.
6. O Hospital dispõe de informação atualizada das notificações de segurança ou alertas sobre a utilização do equipamento de eletromedicina, emitidas pelas autoridades competentes, pelo fabricante ou distribuidor.


Standard
S 02 08.18_01

O Hospital incorpora os requisitos da aquisição do equipamento, os critérios básicos de segurança, a manutenção e a sua durabilidade, bem como a informação do utilizador, a formação dos profissionais e as condições de conservação.



Propósito: Exigir e valorizar dentro dos requisitos técnicos das aquisições de equipamento: os manuais dos utilizadores, formação dos profissionais implicados, plano de revisões e certificação de vida útil. Devem também estar contempladas, de maneira explícita, as operações de manutenção e revisões técnico-legais, incluindo prazos e critérios de aceitação.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital exige os requisitos técnicos das normas de segurança dos equipamentos de eletromedicina, operações de manutenção e durabilidade, formação e informação aos utilizadores e condições de conservação.
2. O Hospital dispõe de um registo de aquisições do equipamento que inclui os requisitos técnicos a seguir no futuro.

Standard
S 02 08.19_00

Implementaram-se as medidas necessárias para garantir as condições de segurança e de manutenção das infraestruturas e instalações relativas aos exames de Diagnóstico Radiológico.



Propósito: Conhecer e garantir, de forma permanente, o estado e a segurança da área de Diagnóstico Radiológico e respetivas instalações, mediante o planeamento necessário em matéria de revisões e manutenção do equipamento, realizando o correspondente seguimento das ditas atuações e empreendendo as medidas necessárias para resolver possíveis incidências.

Elementos avaliáveis:

1. As funções de controlo do equipamento de Diagnóstico Radiológico estão definidas (identificação e inventário do equipamento, seguimento das suas operações de manutenção corretiva e preventiva, gestão de incidências e formação dos utilizadores).
2. A área do Diagnóstico Radiológico assegura a manutenção de todos os equipamentos utilizados para tratamento ou diagnóstico de utentes, inventariados, localizados e atualizados.
3. O Hospital controla as revisões periódicas do equipamento de Diagnóstico Radiológico e essas operações atendem às recomendações do fabricante, à regulamentação técnico-legal e são realizadas com instrumentos fiáveis no que concerne à sua calibração.
4. Os profissionais da área do Diagnóstico Radiológico recebem formação sobre os riscos e o uso dos equipamentos que utilizam na sua atividade e estão habilitados a detetar uma anomalia que determina a manutenção dos mesmos.
5. O Hospital dispõe de procedimentos implementados para a comunicação de qualquer incidência relacionada com o equipamento, seu registo e seguimento.
6. O Hospital dispõe na área do Diagnóstico Radiológico de informação atualizada das notificações de segurança ou alertas sobre a utilização de equipamentos, emitidas pelas autoridades competentes, pelo fabricante ou distribuidor, e é evidenciado um adequado controlo e seguimento.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura,
equipamento
e fornecedores

Standard
S 02 08.20_00

Implementaram-se as medidas necessárias para garantir as condições de segurança e de manutenção das infraestruturas e instalações relativas a provas no Laboratório Clínico.



Propósito: Conhecer e garantir oportunamente o estado e a segurança da área do Laboratório Clínico e respetivas instalações mediante o desenvolvimento de um plano de qualidade pré-analítica e pós-analítica, realizando o correspondente seguimento das ditas atuações e empreendendo as medidas necessárias para resolver possíveis incidências.

Elementos avaliáveis:

1. As funções de controlo do equipamento do Laboratório Clínico (identificação e inventário do mesmo, seguimento das suas operações de manutenção corretiva e preventiva, gestão de incidências e formação dos utilizadores) estão definidas.
2. A área do Laboratório Clínico mantém todos os equipamentos utilizados para tratamento ou diagnóstico de utentes, inventariados, localizados e atualizados.
3. São controladas as revisões periódicas do equipamento do Laboratório Clínico e estas operações atendem às recomendações do fabricante, à regulamentação técnico-legal e são realizadas com instrumentos fiáveis no que concerne à calibração do mesmo.
4. Os profissionais da área do Laboratório Clínico receberam formação sobre os riscos e uso dos equipamentos que utilizam na sua atividade e estão habilitados a detetar uma anomalia que determine a manutenção dos mesmos.
5. Os procedimentos para a comunicação de qualquer incidência relacionada com o equipamento, seu registo e seguimento estão implementados.
6. O Hospital dispõe de um plano de garantia da qualidade pré-analítica e pós-analítica.
7. Na área do Laboratório Clínico dispõe de informação atualizada das notificações de segurança ou alertas do equipamento do Laboratório Clínico, emitidas pelas autoridades competentes, pelo fabricante ou distribuidor, e é evidenciado um adequado controlo e seguimento.

Standard

S 02 08.21_00

Implementaram-se as medidas necessárias para garantir as condições de segurança e de manutenção das infraestruturas e instalações relativas a zonas especiais, complexas e de exposição de utentes e profissionais: área cirúrgica, unidade de cuidados intensivos, endoscópios e diálise.



Propósito: Conhecer e garantir oportunamente o estado e a segurança das zonas especiais do Hospital mediante o planeamento necessário em matéria de revisões e manutenção, desenvolvimento de um plano de vigilância e controlo das infeções nosocomiais, realizando o correspondente seguimento das ditas atuações e empreendendo as medidas necessárias para resolver possíveis incidências.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de espaços de circulação adequados em relação aos diferentes fluxos e processos na zona especial (utentes, profissionais, familiares e visitas, fornecedores e agentes comerciais, entrada de material de consumo, resíduos e outros), para garantir a segurança do utente.
2. A manutenção das instalações e infraestruturas da zona especial realiza-se em conformidade com a regulamentação de referência e o código de boas práticas aplicável neste tipo de dependências, por forma a garantir a segurança dos utentes e profissionais.
3. A limpeza e desinfeção das estruturas e equipamentos na zona especial é realizada conforme o planeamento detalhado, tendo em conta os materiais e a utilização das instalações, e segue as indicações fornecidas pela área de medicina preventiva/ocupacional, que tem a responsabilidade de prestar assessoria, controlar e supervisionar.
4. O Hospital dispõe de um plano de vigilância e controlo de infeções nosocomiais e dos registos associados.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura,
equipamento
e fornecedores

Standard
S 02 08.22_00

Implementaram-se as medidas necessárias para garantir as condições de segurança e de manutenção das infraestruturas e instalações da área de esterilização.



Propósito: Conhecer e garantir o estado e a segurança da área de esterilização mediante o planeamento necessário em matéria de revisões e manutenção, desenvolver um plano de vigilância e controlo do material microbiológico processado, garantindo a rastreabilidade e realizando o correspondente seguimento das ditas atuações e empreendendo as medidas necessárias para resolver possíveis incidências.

Elementos avaliáveis:

1. A área de esterilização dispõe de espaços de circulação adequados para garantir o fluxo de entrada e saída do material sujo e limpo, de modo a que seja assegurado em tempo oportuno as devidas condições de esterilização, limpeza e desinfeção do material processado e, em última instância, a segurança do utente.
2. As instalações da área de esterilização dispõem das devidas características técnicas e do desenho apropriado para garantir a adequada esterilização, limpeza e desinfeção do material processado.
3. A manutenção das instalações e das infraestruturas da área de esterilização são realizadas conforme a regulamentação de referência e as recomendações do fabricante.
4. Os procedimentos de esterilização, limpeza e desinfeção dos diferentes materiais processados realizam-se conforme uma programação detalhada, tendo em conta os materiais e suas características intrínsecas, seguimento das instruções do serviço de medicina preventiva, que tem a responsabilidade de assessoria, controlo e supervisão.
5. As funções de controlo do equipamento da área da esterilização (identificação e inventário do mesmo, seguimento das respetivas operações de manutenção corretiva e preventiva, gestão de incidências e formação dos utilizadores) estão definidas.
6. A área de esterilização mantém todo o equipamento que é utilizado para a esterilização, limpeza e desinfeção dos diferentes materiais processados, inventariado, localizado e atualizado.
7. Os profissionais da área de esterilização tiveram formação sobre o uso e risco decorrentes da utilização do equipamento e de instalações usadas na sua atividade.
8. Implementaram procedimentos de comunicação de qualquer incidência relacionada com o equipamento e instalações, seu registo e seguimento.
9. O Hospital dispõe de um plano de vigilância e controlo microbiológico do material processado, garantindo a rastreabilidade mediante os correspondentes registos associados.
10. Em caso do serviço de esterilização estar externalizado, o Hospital dispõe de mecanismos para conhecer e exigir o cumprimento dos requisitos da qualidade e segurança mínimos por parte da empresa contratada que presta o serviço.

Standard
S 02 08.23_01

O Hospital está implicado na identificação dos riscos que podem afetar os profissionais em cada posto de trabalho, dispõe e implementou um plano de prevenção de riscos laborais, realiza a sua análise, implementação e seguimento das medidas preventivas necessárias.



Propósito: Zelar pela saúde e bem-estar dos seus profissionais, realizando avaliações tanto do estado de saúde dos profissionais como das condições dos diferentes postos de trabalho, incorporando as medidas corretivas e preventivas de forma priorizada e facilitando a formação e informação dos profissionais nesta matéria.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define os objetivos em matéria de prevenção de risco laboral e estão atualizados.
2. O Hospital realiza uma avaliação dos riscos dos postos de trabalho, incluindo nesta avaliação os riscos derivados das condições ambientais.
3. O Hospital conhece as deficiências detetadas e participa no planeamento e oportunidade de implementação das medidas corretivas.
4. O Hospital assegura a manutenção das condições de segurança implementadas efetuando revisões das condições iniciais.
5. O Hospital disponibiliza e proporciona informação sobre o uso de equipamento de proteção individual aos profissionais.
6. Os profissionais dispõem de informação suficiente e recebem formação necessária para conhecer os riscos do seu posto de trabalho, assim como as medidas a implementar para a sua eliminação, mitigação e controlo.
7. É garantida a vigilância da saúde dos trabalhadores do Hospital, assim como o seu controlo e seguimento.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores

Standard S 02 08.24_01

O Hospital define procedimentos específicos, difunde-os e atualiza-os, para o controlo da produção, armazenamento e eliminação de resíduos equiparados a urbanos, resíduos perigosos hospitalares, citostáticos, químicos, radioativos e industriais, para o controlo de derrames produzidos por escapes acidentais de combustíveis, derrames de produtos químicos e para o controlo de emissões contaminantes produzidas por gases de combustão, esterilização e refrigeração.



Propósito: Estabelecer as medidas e procedimentos necessários para o controlo dos impactos ambientais produzidos pelo Hospital, dirigidos a minimizar o impacto ambiental e a eliminar as incidências que podem afetar os profissionais, utentes e população em geral.

Elementos avaliáveis:

1. Identifica e valoriza os aspetos ambientais (consumos, derrames, resíduos, emissões, etc.) do Hospital, definindo aqueles mais significativos.
2. O Hospital fixa responsabilidades e definiu as funções em matéria de gestão ambiental (gestão de resíduos perigosos, controlo de incidentes provocados por derrames ou emissões contaminantes).
3. O Hospital implementa procedimentos para o controlo da produção, armazenamento e eliminação de resíduos, derrames ou emissões contaminantes derivadas da sua atividade.
4. O Hospital assegura a difusão adequada dos procedimentos aos seus profissionais e controla a gestão de resíduos, derrames e emissões, de modo a serem efetuados em conformidade com os procedimentos estabelecidos.

Standard S 02 08.25_01

Implementou-se um sistema de gestão ambiental que estabelece os processos, os procedimentos, os recursos, os objetivos e as responsabilidades necessárias para desenvolver a política ambiental definida pelo Hospital.



Propósito: Implementar um sistema de gestão ambiental onde se estabelecem os procedimentos, os recursos, os objetivos e as responsabilidades necessárias para desenvolver a política ambiental definida pela autoridade pública competente ou pelo Hospital. Garantir que são estabelecidas as medidas necessárias para dar resposta aos principais impactos ambientais com implicações técnico-legais relevantes, evitando que os utentes e seus familiares, profissionais e a restante população em geral possam ser afetados por incidências provocadas por falta de rigor no controlo de aspetos que podem gerar um impacto ambiental indesejável.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece os procedimentos, políticas e legislação que são aplicados em matéria de gestão ambiental.
2. O Hospital estabelece os procedimentos de controlo, gestão e seguimento dos impactos produzidos decorrentes da sua atividade, para que se ajustem aos parâmetros exigidos pela regulamentação vigente.
3. O Hospital participa no processo de melhoria do seu comportamento ambiental, definindo os objetivos e realizando um seguimento dos mesmos.
4. O Hospital dispõe de ferramentas para facilitar a participação e formação dos profissionais em matéria ambiental.


Standard
 S 02 08.26_00

É mantido um programa de otimização energética onde se contempla a adequação de recursos alternativos e a substituição de equipamentos pouco eficientes ou contaminantes por sistemas mais eficientes.



Propósito: Avaliar o nível de eficiência energética das suas instalações e promover os estudos e análises necessários para o controlo e otimização dos consumos energéticos e recursos naturais, identificar e planear investimentos, quando requeridos, e adaptar as suas instalações ao progresso tecnológico.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital avalia a eficiência energética das suas instalações e equipamentos.
2. O Hospital realiza estudos decorrentes dos resultados das avaliações de eficiência energética, identificando áreas de melhoria que permitam otimizar o rendimento energético das instalações e equipamentos, planeando a sua implementação.
3. O Hospital pode justificar que as últimas renovações efetuadas nas instalações e equipamento tiveram em consideração a eficiência energética.

Standard
 S 02 08.27_01

O Hospital estabeleceu as medidas de segurança perante a ocorrência de emergências mediante a implementação dos planos de emergência interno e externo, de acordo com critérios técnicos e legislação vigente, e assegura o conhecimento das medidas de segurança por parte dos profissionais realizando as atualizações periódicas.



Propósito: Estabelecer e implementar as atuações a seguir perante possíveis situações de emergência, tanto internas como externas, e suas possíveis consequências (incêndio, evacuação, derrames de produtos tóxicos, etc.), que podem afetar os profissionais e utentes. Os profissionais tiveram formação e mantêm os seus conhecimentos atualizados para poderem atuar de maneira adequada perante estas situações.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um plano de autoproteção ou de emergência interno.
2. O Hospital define um plano de emergência perante catástrofes externas.
3. A dotação dos meios de proteção contra incêndios (deteção, alarme e extinção) é adequada e suficiente, de acordo com a regulamentação vigente.
4. A sinalização é suficiente, inequívoca, atualizada e em bom estado, que permite identificar as dependências-chave, os pontos de encontro de reunião, os meios de proteção e as vias de evacuação (emergência interna e externa).
5. Os profissionais do Hospital têm conhecimento, dispõem de informação suficiente e recebem formação necessária para conhecer os planos de emergência interno e externo, assim como o detalhe necessário das suas atuações em caso de se ativarem as mesmas.

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores

Standard S 02 08.28_00

O Hospital gere os dispositivos médicos implantáveis ativos (implantes cocleares, estimuladores de nervos, estimuladores musculares, sementes radioativas, incluindo acessórios destes produtos, como elétrodos ou pacemakers) e realiza as atuações necessárias para garantir a sua utilização segura.



Propósito: Garantir, em relação à gestão dos dispositivos médicos implantáveis ativos: a definição das funções e responsabilidades no controlo dos dispositivos e seus acessórios, sua identificação e inventário, monitorização do seu estado funcional e segurança, a gestão das incidências, a realização das operações de atualização, inspeção e manutenção, bem como a formação e informação associadas à sua utilização e segurança.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital fixa as funções de controlo de dispositivos médicos implantáveis ativos, sua identificação e inventário e o seguimento das suas operações de atualização, inspeção e manutenção.
2. O Hospital mantém os seus dispositivos médicos implantáveis ativos devidamente inventariados, controlados e atualizados (incluindo os equipamentos por empréstimo, à consignação, experiência ou qualquer outra situação administrativa ou contratual, sempre que seja utilizado para tratamento ou diagnóstico de utentes).
3. Controla as atualizações do software e as revisões periódicas dos dispositivos médicos implantáveis ativos e o Hospital é capaz de assegurar que estas operações atendem a regulamentação técnico-legal, as recomendações do fabricante e estabelecidas pelo serviço de assistência técnica, bem como são realizadas com instrumentos fiáveis no que concerne à calibração dos mesmos.
4. O pessoal do Hospital dispõe de informação sobre o manuseamento e a utilização segura e teve formação sobre o uso e riscos dos dispositivos que emprega na sua atividade e é capaz de detetar a necessidade de manutenção dos mesmos.
5. Os procedimentos para a comunicação de qualquer incidência relacionada com os dispositivos médicos implantáveis ativos, seu registo e seguimento estão implantados.
6. Dispõe de um registo atualizado de notificações de segurança e alertas dos dispositivos médicos implantáveis ativos do Hospital, emitidas pelas autoridades de saúde competentes, o fabricante ou o distribuidor, e é evidenciado um adequado controlo e seguimento.

Standard S 02 08.29_00

Realizam-se estudos do custo por efetividade decorrente das operações de suporte realizadas no Hospital.



Propósito: Identificar as operações, intervenções e processos de suporte mais relevantes, analisar a relação custo-benefício das mesmas com o fim de poder garantir o uso mais óptimo dos recursos.

Elementos avaliáveis:

1. É definido um estudo que relaciona os custos por efetividade em relação às operações de suporte.
2. São identificados os processos mais relevantes.
3. O Hospital realiza um estudo detalhado e procede a uma análise desses processos no sentido de serem implementadas medidas que garantam o melhor uso dos recursos de suporte empregues.

Standard
S 02 08.30_00

O Hospital implementou uma gestão por processos nos seus serviços de suporte.

II

Propósito: Elaborar um mapa dos processos não assistenciais em que estejam incluídas atividades e linhas de trabalho com maior impacto no suporte à atividade assistencial, definição de responsabilidades, entradas e saídas, fluxos de trabalho, critérios de qualidade, procedimentos contemplados e resultados esperados.

Elementos avaliáveis:

1. É elaborado um mapa dos processos não assistenciais em que estejam incluídas atividades e linhas de trabalho com maior impacto no suporte à atividade assistencial, definição de responsabilidades, entradas e saídas, fluxos de trabalho, critérios de qualidade, procedimentos contemplados e resultados esperados.
2. É implementada uma gestão por processos nos serviços de suporte do Hospital.
3. Foi analisado e refletido nos processos de suporte as inter-relações com os processos assistenciais do Hospital.

IV. Processos de suporte

9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

Intenção do critério

Os standards contemplados neste critério pretendem avaliar de que forma o Hospital dá resposta às necessidades de informação dos processos, tendo como suporte as tecnologias de informação e comunicação (TIC).

Standard S 02 09.01_01

O Hospital dispõe de sistemas e tecnologias de informação e comunicação adaptados às necessidades atuais.



Propósito: Dispor de um suporte tecnológico atualizado que agilize as atividades do Hospital e que satisfaça as necessidades de informação e comunicação dos profissionais, utentes e grupos de interesse.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de sistemas e tecnologias de informação atualizados e adaptados às suas necessidades.
2. Os sistemas de informação satisfazem as necessidades de informação e comunicação entre profissionais, utentes e outros grupos de interesse.
3. Os profissionais do Hospital têm conhecimento, dispõem de informação suficiente e receberam formação necessária para a utilização e exploração dos sistemas e tecnologias de informação e de comunicação, segundo o respetivo nível de responsabilidade.
4. O sistema de informação permite obter, de forma sistemática, dados agregados da atividade, métrica de tempos e indicadores da qualidade dos diferentes serviços, unidades e ou departamentos do Hospital.

Standard S 02 09.02_01

Foram estabelecidas as atuações que garantem uma correta gestão das disfunções dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação e encontram-se explicitadas no plano de contingências.



Propósito: Assegurar um ambiente e ferramentas de trabalho robustas mediante a deteção, avaliação e comunicação de todas aquelas situações que geram disfunções. Dispor de um plano de contingências que facilite uma resposta eficaz e adequada em caso de falha dos sistemas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de ferramentas para a deteção, comunicação e resolução das disfunções dos sistemas de informação e comunicação, que fornecem suporte e são conhecidas pelos profissionais segundo o seu grau de responsabilidade.
2. O Hospital analisa as incidências ocorridas e identifica as áreas de melhoria.



Standard O Hospital dispõe de um Plano de Sistemas de Informação.

S 02 09.03_00



Propósito: Dispor de um plano estratégico e de um plano de projetos para dar resposta às necessidades dos profissionais e da organização em relação aos sistemas de informação.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece os sistemas de informação de que dispõe e as suas características fundamentais.
2. O Hospital estabelece um plano estratégico e desenvolve projetos de melhoria destes sistemas.
3. As áreas de melhoria planeadas respondem às atuações empreendidas no âmbito da identificação e análise das necessidades, dos profissionais e da organização sobre a utilização de sistemas de informação.

Standard Os sistemas de informação do Hospital estão integrados com o processo de saúde da pessoa.

S 02 09.04_01



Propósito: Dispor de sistemas que permitam integrar a informação e registos gerados durante o atendimento e prestação de cuidados de saúde ao utente.

Elementos avaliáveis:

1. A informação gerada nos episódios de prestação de cuidados dos diferentes serviços está integrada no processo clínico do utente.
2. Os profissionais conhecem como incorporar a informação gerada no processo clínico do utente.

Standard O Hospital dispõe de página web e está certificada.

S 02 09.05_00



Propósito: Garantir que a informação oferecida aos utilizadores de páginas web cumpre os critérios da qualidade e os princípios éticos relacionados com as garantias dos utilizadores, privacidade e confidencialidade, transparência e identidade, atualização da informação, autoria e referências dos conteúdos, acessibilidade e utilidade.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma página web da organização, dirigida à cidadania e profissionais.
2. O Hospital garante os critérios de acessibilidade, usabilidade, confidencialidade, privacidade, transparência, política editorial, atualização da informação e gestão de conteúdos mediante a certificação desta página por um organismo externo e independente.

IV. Processos de suporte

9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

Standard

S 02 09.06_01

São adotadas medidas para garantir a proteção de dados de caráter pessoal, conforme o estabelecido na regulamentação vigente.



Propósito: Disponibilizar os mecanismos necessários para garantir a proteção de dados de caráter pessoal.

Elementos avaliáveis:

1. O pessoal do Hospital recebe formação sobre as exigências do uso de dados de caráter pessoal estabelecidas pela Legislação de Proteção de Dados Pessoais, formalizando nos casos necessários os compromissos de confidencialidade.
2. O Hospital instituiu mecanismos para salvaguardar a confidencialidade dos dados acessíveis a pessoas externas e que prestam serviços no mesmo.
3. Existe um documento de segurança aplicável no Hospital, que está disponível e é conhecido pelos profissionais.
4. O Hospital realiza revisões e auditorias periódicas estabelecidas pela regulamentação vigente, identificando a relação dos ficheiros automatizados e não automatizados do Hospital, aplica as medidas corretivas às possíveis incidências detetadas e informa os responsáveis pela implementação das medidas decorrentes dos ficheiros auditados.
5. Os ficheiros com informação de caráter pessoal são tratados conforme a regulamentação vigente quanto à sua gestão, inscrição, tratamento e conservação.
6. O Hospital dispõe de mecanismos para informar e garantir o direito dos cidadãos no domínio do acesso, retificação e cancelamento dos seus dados.

Standard

S 02 09.07_01

O Hospital dispõe de um Plano de Gestão da segurança dos sistemas de informação e conta com um sistema de suporte da informação (replicação da informação ou redundância de suportes) para os sistemas que gerem informação clínica.



Propósito: Dispor de uma estrutura organizativa, procedimentos, processos e recursos necessários (humanos e técnicos) para implementar e desenvolver com as garantias suficientes, as medidas de segurança que salvaguarde a informação e os sistemas que a processam, assegurando a disponibilidade da informação crítica.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica a informação crítica sobre a qual deve atuar para conservar a sua integridade.
2. O Hospital dispõe de um Plano de Segurança de Sistemas de Informação, onde estão estabelecidos os princípios organizativos e funcionais da atividade de segurança informática e se reconhece a análise dos riscos para os sistemas e sua classificação de acordo com a sua criticidade, o plano de manutenção (preventivo e corretivo) e recuperação de incidentes, procedimentos de segurança informática, planificação da sua implementação, etc.



Standard
S 02 09.08_01 Aplicam-se os procedimentos para garantir a validade dos dados clínicos incluídos nos Sistemas de Gestão de Informação.



Propósito: Garantir a qualidade e fiabilidade da informação registada nos Sistemas de Informação (Informação útil). Os Sistemas de Informação são paralelos ao sistema real e refletem a situação do Hospital a todo o momento.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital efetua a manutenção sistemática das bases de dados integradas nos seus Sistemas de Informação.
2. O Hospital dispõe de um procedimento para realizar a manutenção dos Sistemas de Gestão de Informação, avaliando a sua integridade e qualidade, bem como adaptando medidas corretivas em caso de detetar desvios sobre os resultados esperados.

Standard
S 02 09.09_00 O Hospital garante a renovação dos seus Sistemas de Informação e impulsiona a inovação e desenvolvimento de novas soluções.



Propósito: Investir em tecnologias de informação contando com equipamentos e sistemas modernos, seguros e fiáveis, assim como com a implementação de novas soluções como a incorporação das redes sociais, novos serviços de mensagens e o uso de aplicações móveis acreditadas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital realiza uma análise estruturada e detalhada para a renovação dos seus sistemas de informação e desenvolvimento de novas soluções de futuro.
2. O Hospital incorpora e tem projetado novas soluções inovadoras no âmbito das tecnologias de informação.

Standard
S 02 09.10_00 Dispõe-se de tecnologias de informação orientadas para a inter-relação com as pessoas, favorecendo a comunicação, a acessibilidade e a informação.



Propósito: Favorecer a inovação e o desenvolvimento de novas aplicações, plataformas, serviços de comunicação e informação em ambiente de novas tecnologias de informação, orientando as pessoas para os novos desenvolvimentos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital implementa uma estratégia que procura aproveitar as possibilidades das tecnologias de informação e de comunicação.
2. O Hospital dispõe de ferramentas tecnológicas de comunicação que permitem uma interatividade com as pessoas, promovendo a criação de grupos e de redes de pessoas relacionadas com a saúde (ex.: portais web, comunidades virtuais, redes sociais, etc.).

IV. Processos de suporte

9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

Standard

S 02 09.11_00

Todas as estruturas de dados estão documentadas.



Propósito: Cumprir, documentar e atualizar as normas básicas de funcionamento e o tipo de modelo base de dados.

Elementos avaliáveis:

1. As bases de dados relacionadas cumprem com as normas básicas.
2. O modelo de dados está documentado e atualizado.

Standard

S 02 09.12_00

É estabelecida uma indexação adequada na informação armazenada.



Propósito: Garantir o melhor desempenho em termos de acesso (pesquisa) para manusear grandes volumes de informação armazenada em suportes informáticos, através da utilização de técnicas específicas (indexação).

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define a indexação ou técnica específica similar para o manuseamento da informação armazenada.



V. Melhoria contínua

10. Ferramentas da Qualidade e Segurança

Intenção do critério

A gestão da qualidade é baseada numa mudança de cultura e formas de trabalhar de um Hospital, passando de um modelo reativo, que é implementado quando surge uma necessidade ou problema, para a adoção de um modelo proativo, em que é dada prioridade ao planeamento sistemático.

Para poder realizar uma gestão da qualidade, o Hospital deve dotar-se de ferramentas metodológicas que permitam a rastreabilidade do processo de tomada de decisão, para poder melhorá-lo e gerar conhecimento. Neste capítulo, aborda-se um conjunto de standards sobre estratégias e metodologias que favorecem esta mudança na organização.

Por outro lado, a segurança do utente é um dos elementos fundamentais na qualidade em saúde. Aqui são reconhecidos standards sobre a identificação e diminuição de riscos, assim como a implementação de boas práticas de segurança.

Legenda:


OBRIGATÓRIOS


GRUPO I


GRUPO II


GRUPO III

Standard

S 02 10.01_00

O Hospital identifica de forma sistemática as suas principais fortalezas e debilidades.



Propósito: Realizar uma gestão da qualidade, utilizando uma autoavaliação com metodologia conhecida, que lhe permite saber onde estão os pontos fortes com a finalidade de os manter e difundir, assim como identificar os seus principais problemas da qualidade para os converter em oportunidades de melhoria.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define uma estratégia de avaliação interna que inclui responsáveis, periodicidade, áreas a avaliar e metodologia.
2. O Hospital dispõe de um relatório de diagnóstico onde se reconhecem as fortalezas e debilidades encontradas.

Standard

S 02 10.02_00

O Hospital estabelece uma metodologia de melhoria contínua que lhe permite otimizar os resultados dos seus processos.

II

Propósito: Utilizar metodologias de gestão da qualidade e melhoria contínua para, a partir do diagnóstico realizado, poder implementar as melhorias que lhe facilite alcançar melhores resultados.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital estabelece, pelo menos anualmente, ciclos de melhoria contínua para abordar problemas prioritários de qualidade identificados.
2. Os ciclos de melhoria contínua estão documentados e aprovados pela Direção.
3. É aplicada uma metodologia válida para desenvolver os ciclos de melhoria contínua (grupo nominal, AMFE, análises causa-raiz, etc).
4. Os profissionais estão implicados nos processos de melhoria do Hospital de uma maneira sistematizada, explicitando o seu papel e responsabilidades nos mesmos.
5. Está estabelecido um sistema para avaliar os resultados obtidos nos ciclos de melhoria (responsáveis, indicadores, etc.).

Standard

S 02 10.03_01

O Hospital tem estabelecida uma estratégia de controlo da variabilidade da prática clínica.

I

Propósito: Realizar uma abordagem planificada e sistematizada para identificar de maneira precoce situações em que é produzida a variabilidade clínica entre os profissionais, bem como estabelecer as medidas que permitam uniformizar critérios em função da melhor evidência científica e clínica.

Elementos avaliáveis:

1. Identificar os processos e serviços-chave onde pode existir variabilidade, com maior impacto negativo, na prática clínica.
2. São consensualizados protocolos e procedimentos para unificar critérios dos profissionais, especialmente os pontos críticos de variabilidade.
3. O Hospital dispõe de ferramentas ou estratégias de avaliação do acompanhamento de protocolos ou procedimentos por parte dos profissionais.

V. Melhoria contínua

10. Ferramentas da Qualidade e Segurança

Standard S 02 10.04_00

No Hospital existe um grupo de melhoria contínua formalmente constituído, que é responsável por analisar os processos desenvolvidos e impulsionar as melhorias.



Propósito: Dispor de uma estrutura formal de melhoria, onde participem os próprios profissionais dos diferentes serviços que contribuem com a sua experiência e visão, de uma maneira sistematizada e planeada, que permita ao Hospital implementar de uma maneira mais fácil a cultura da qualidade como selo de identidade da sua atividade.

Elementos avaliáveis:

1. Existe no Hospital um grupo de profissionais formalmente constituído, orientado para a melhoria dos cuidados de saúde que são prestados.
2. Foram definidos objetivos e criados grupos de melhoria, assim como um sistema de trabalho.
3. Os profissionais do Hospital conhecem a existência do grupo de melhoria, assim como os seus canais de comunicação existentes.
4. Identifica e impulsiona áreas de melhoria no Hospital, através do grupo de melhoria.

Standard S 02 10.05_00

Carante-se o controlo da caducidade e condições de armazenamento dos medicamentos e material clínico.



Propósito: Garantir que os produtos e material necessário para a prestação de cuidados (medicamentos, fungíveis, material de reanimação, entre outros) se encontram em ótimas condições de caducidade e armazenamento.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um procedimento de controlo de conservação e caducidade dos produtos clínicos e da medicação. Este procedimento está difundido pelos profissionais.
2. O Hospital dispõe de registos que permitem garantir a rastreabilidade da correta aplicação deste procedimento de controlo de conservação e das caducidades.
3. São mantidos os pontos de armazenamento da medicação e produtos clínicos em adequadas condições de temperatura, luz, ordem, limpeza, condições de acesso e segurança, de acordo com as indicações de conservação definidas.

Standard

S 02 10.06_00

O Hospital fomenta a utilização responsável e segura do medicamento e produtos clínicos pelos profissionais.



Propósito: Estabelecer medidas e desenvolver atuações para conseguir uma utilização mais adequada, eficiente e segura dos medicamentos e produtos clínicos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital implementa boas práticas em relação ao uso seguro do medicamento (conciliação da medicação na admissão do utente, alta e transferência dentro do hospital; utilização de medicação de alto risco; prescrição eletrónica assistida; critérios de segurança na prescrição escrita; preparação, administração e registo da medicação administrada; práticas seguras na utilização de bombas de infusão; programas de formação de acolhimento de novos profissionais; medicamento com nome ou aparência similar).
2. O Hospital atende aos objetivos acordados em relação ao consumo de medicamentos e prestação farmacêutica.
3. O Hospital analisa e difunde os alertas de saúde da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
4. O Hospital colabora ativamente com o centro de farmacovigilância de referência.

Standard

S 02 10.07_00

É garantida a disponibilidade dos medicamentos necessários para a abordagem terapêutica dos utentes do Hospital.



Propósito: Selecionar e analisar periodicamente os medicamentos que dispõe nas suas existências ou disponíveis a partir de fontes externas para atender às necessidades e segurança do utente. Estabelecer mecanismos para casos em que algum medicamento não esteja disponível e para a obtenção oportuna de medicamentos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um guia farmacológico atualizado.
2. O Hospital tem identificados os fornecedores e seus tempos de resposta.
3. Foi definido um plano de contingência em caso de falta de abastecimento imprevisto.
4. Os profissionais do Hospital conhecem os horários e os protocolos para a prescrição e reconhecimento de medicamentos e produtos de saúde da Farmácia Hospitalar.
5. É utilizado um guia de equivalência terapêutica para aquelas situações em que é necessário substituir um fármaco contemplado no tratamento.

V. Melhoria contínua

10. Ferramentas da Qualidade e Segurança

Standard S 02 10.08_00

O Hospital dispõe de prescrição eletrónica e de sistemas automatizados de dispensa de fármacos nos seus serviços.



Propósito: Realizar a prescrição de medicamentos minimizando a possibilidade da ocorrência de erro humano na transcrição ou leitura das receitas médicas ou de enfermagem. Agilizar a disponibilidade dos medicamentos para a sua aplicação nos utentes nos diferentes serviços com maiores garantias de segurança.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital implementou a prescrição eletrónica em todos os seus serviços.
2. O Hospital dispõe de sistemas de dispensa automática nos processos-chave.

Standard S 02 10.09_00

O Hospital realiza de forma sistemática e normalizada a conciliação de medicação dos utentes hospitalizados.



Propósito: Receber a informação sobre o tratamento habitual das pessoas hospitalizadas, avaliar a pertinência ou necessidade de continuar a tomar a medicação habitual e garantir a disponibilidade dos fármacos necessários para uma adequada abordagem terapêutica do processo assistencial.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem um sistema reconhecido de tratamento habitual no ingresso e transição intra-hospitalar do utente e valoriza a sua continuação e interações com o tratamento hospitalar.
2. O Hospital informa a pessoa hospitalizada ou o seu acompanhante sobre a continuidade ou não do tratamento habitual, assim como a necessidade de fornecer fármacos em caso de não estarem reconhecidos no guia farmacológico do Hospital.
3. Todo o processo de conciliação da medicação consta no processo clínico do utente.

Standard S 02 10.10_01

O Hospital tem estabelecido um procedimento seguro de identificação das pessoas para aplicá-lo antes da realização de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos de risco potencial, ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.



Propósito: Dispor de mecanismos de verificação precisos e inequívocos que reduzam a possibilidade de erro clínico na prestação de cuidados de saúde.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica aqueles serviços e situações assistenciais em que pode existir maior risco de erro na identificação do utente.
2. O Hospital implementa os sistemas de identificação inequívoca (como pulseira identificativa ou fotografia, por exemplo) naqueles serviços hospitalares em que os utentes permanecem hospitalizados e onde se realizam intervenções de risco intrínseco.
3. O Hospital avalia o uso adequado dos sistemas de identificação de utentes instituídos e implementa as melhorias em caso de desvios.



Standard O Hospital identifica os riscos de segurança do utente.

S 02 10.11_01



Propósito: Implementar um sistema de identificação e análise dos riscos relacionados com incidentes na segurança do utente, reais e potenciais.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma metodologia (matriz de risco, AMFE, mapa de riscos, etc.) de gestão de riscos que lhe permite conhecê-los, priorizá-los e estabelecer medidas preventivas.
2. Todos os serviços e unidades do Hospital identificam e atualizam periodicamente os riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde e ao tipo de utentes que atendem.
3. Os profissionais de todos os serviços do Hospital estão implicados nos riscos para o utente.

Standard O Hospital incorpora boas práticas para prevenir incidentes de segurança.

S 02 10.12_01



Propósito: Garantir a implementação de práticas seguras recomendadas pelo Sistema de Notificação de Incidentes da DCS, ou outras entidades de reconhecido mérito, que sejam aplicáveis no âmbito das atividades da unidade.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital, de acordo com o seu âmbito de atuação, identifica práticas seguras em relação à segurança do utente (prevenção da infeção associada à prestação de cuidados de saúde, práticas seguras relacionadas com cuidados de enfermagem, práticas seguras relacionadas com as melhorias na comunicação, etc.).
2. O Hospital divulga a implementação de boas práticas no domínio da segurança do utente e oferece formação para o seu adequado seguimento por parte dos profissionais.

Standard O Hospital notifica os riscos, incidentes e eventos adversos.

S 02 10.13_00



Propósito: Estabelecer e aplicar um procedimento para a notificação de riscos e incidentes de segurança do utente.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital utiliza um sistema de notificação de riscos e eventos adversos (ex.: infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, erros de medicação, quedas de utentes, etc.) que permite contabilizá-los e analisá-los.
2. O Hospital envolve os profissionais na notificação de incidentes e eventos adversos.

V. Melhoria contínua

10. Ferramentas da Qualidade e Segurança

Standard S 02 10.14_01

O Hospital analisa os incidentes e eventos adversos e desencadeia as atuações oportunas para prevenir a sua recorrência futura.



Propósito: Utilizar a informação sobre incidentes e eventos adversos para tomar decisões e empreender ações que impeçam a sua recorrência futura e monitorizar a efetividade dessas medidas ao longo do tempo.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um procedimento para a análise dos eventos adversos comunicados, o qual contempla: análise, definição de ações corretivas e acompanhamento da implementação das mesmas, etc.
2. O Hospital implementa oportunamente as medidas corretivas para evitar que os eventos adversos se voltem a repetir.
3. O Hospital avalia a efetividade das medidas implementadas.

Standard S 02 10.15_00

Estabelecem-se procedimentos para a recolha e identificação de amostras para o Laboratório Clínico do Hospital, assim como para o seu transporte, manipulação, armazenamento, conservação e utilização.



Propósito: Conhecer e controlar todas as variáveis que podem afetar a logística das amostras (biológicas, anatómicas), assegurando que em todos os pontos do processo são fornecidas as melhores condições para a sua conservação, seguimento, transporte, armazenamento temporal, manipulação e utilização, controlando tanto os aspetos humanos como técnicos no âmbito da sua gestão.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define critérios de qualidade para o controlo do circuito no Laboratório Clínico, assegurando a rastreabilidade do processo desde a colheita até à entrada dos produtos no laboratório.
2. São fixadas as responsabilidades no controlo do processo.
3. O Hospital monitoriza os indicadores sobre o processo.
4. O Hospital implementa as melhorias necessárias em caso de desvios verificados no procedimento.

Standard S 02 10.16_00

São coordenados os cuidados nutricionais de utentes em risco de malnutrição mediante protocolos estabelecidos.



Propósito: Assegurar, em função do risco atribuído após a triagem nutricional (avaliação básica do estado nutricional, em caso de processos de curta duração), uma adequada resposta na confeção de um tratamento dietético personalizado e assegurar a monitorização da ingestão de alimentos (incluindo esquemas de “fast”).

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital realiza uma avaliação sistemática do estado nutricional das pessoas hospitalizadas, em função da complexidade do processo assistencial.
2. O Hospital aplica tratamentos dietéticos que respondam às necessidades nutricionais de cada pessoa hospitalizada.
3. É realizado um seguimento do tratamento dietético.

Standard S 02 10.17_00 Estabelecem-se procedimentos para o controlo, proteção e prevenção das infeções nosocomiais.



Propósito: Implementar medidas destinadas a reduzir os riscos de infeções associadas à prestação de cuidados em utentes e profissionais do Hospital.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de protocolos de prevenção de infeções associadas à prestação de cuidados: lavagem de mãos, limpeza de superfícies, uso de equipamento de proteção individual, etc.
2. Está definida uma política do antibiótico com medidas preventivas para cirurgia e demais intervenções de risco.
3. O Hospital monitoriza e analisa periodicamente indicadores de infeção nosocomial.
4. O Hospital implementa boas práticas validadas na prevenção de infeções nosocomiais.

Standard S 02 10.18_00 O Hospital implementa e avalia medidas para garantir a segurança e qualidade das transfusões sanguíneas.



Propósito: Sistematizar e avaliar os métodos para a conservação, transporte, armazenamento, caducidade e uso seguro de sangue e derivados. Notificar os efeitos e reações adversas graves relacionadas com a cadeia transfusional. Implementar programas de conservação de sangue destinados a diminuir o consumo e a variabilidade no uso de sangue e seus derivados.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de protocolos para a transfusão de sangue e hemoderivados.
2. O Hospital aplica as medidas de segurança para a aplicação de sangue e hemoderivados e regista no processo clínico do utente.

Standard S 02 10.19_00 O Hospital dispõe de estruturas e recursos necessários para a adequada coordenação de transplantes de órgãos e tecidos.



Propósito: Disponibilizar informação e apoiar as decisões do utente e da família no que se refere à dádiva de órgãos e outros tecidos. Existir cooperação com outros hospitais e organizações responsáveis pelo processo de recolha, armazenamento em banco, transporte ou transplante de órgãos.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital incentiva a dádiva de órgãos e tecidos.
2. Estão definidos os protocolos para o caso de uma dádiva de órgãos ou tecidos por parte de um utente do Hospital.
3. Existe uma coordenação com os centros de referência em transplantes.

V. Melhoria contínua

11. Resultados do Hospital

Intenção do critério

Os resultados obtidos por um Hospital traduz os objetivos alcançados na sua gestão da qualidade. Para ser concretizado tal desiderato, deverá existir uma estratégia de monitorização de indicadores, avaliação dos resultados e tomada de decisões baseada na informação obtida.

Standard
S 02 11.01_01 Foi definido e implementado um Quadro de Indicadores para a monitorização dos indicadores da qualidade e segurança do Hospital.



Propósito: Identificar, de entre todos os indicadores que monitoriza, aqueles que são especialmente relevantes para a sua gestão. Os dados destes indicadores devem ter proveniência em fontes definidas (automatizadas, auditorias internas, etc.).

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital, de todos os indicadores sobre os quais pode obter dados, seleciona aqueles que são chave para a sua gestão nas diferentes áreas (atividade, segurança, acessibilidade, qualidade percebida, eficiência, etc.).
2. As fontes de proveniência dos dados estão identificadas de maneira explícita (sistemas de informação, auditoria de processos, avaliações internas, etc.).
3. Os profissionais conhecem a forma correta de efetuar os seus registos com a finalidade de viabilidade dos dados a analisar.

Standard
S 02 11.02_02 O Hospital avalia de maneira periódica o cumprimento dos indicadores-chave identificados e incorpora melhorias.



Propósito: Estabelecer um sistema de avaliação dos resultados obtidos através de indicadores-chave do Quadro de Indicadores, que permita avaliar o cumprimento dos objetivos fixados e a evolução dos resultados. Estas avaliações devem ser realizadas com a periodicidade suficiente para, em caso de desvio dos resultados, possa estabelecer planos de melhoria que possibilitem a oportunidade de ser encerrado o exercício da atividade com cumprimento adequado.

Elementos avaliáveis:

1. Existe uma avaliação periódica dos resultados dos indicadores-chave definidos, identificando áreas de melhoria.
2. O Hospital implementa melhorias ao longo do exercício em curso para poder corrigir os desvios.

Standard O Hospital cumpre os objetivos-chave fixados.

S 02 11.03_01



Propósito: Alcançar os níveis de eficácia e eficiência esperados de forma regular, permitindo assinalar progressivamente novos níveis de excelência.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital cumpre todos os objetivos propostos nos seus indicadores do Quadro de Indicadores.

Standard O Hospital melhora os seus resultados.

S 02 11.04_01



Propósito: Conseguir manter tendências positivas nos resultados obtidos em todas as áreas da sua atividade.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital, para além de indicadores-chave, monitoriza outros aspetos da sua atividade que afetam a sua eficiência e eficácia.
2. Os resultados obtidos nas diferentes áreas de atividade mostram tendências positivas nos últimos anos.

Standard O Hospital analisa a satisfação percebida pelos seus utentes e implementa melhorias para obter melhores resultados.

S 02 11.05_00



Propósito: Conhecer e analisar a opinião que os utentes têm dos cuidados de saúde recebidos, a perceção sobre o tratamento prestado, sobre o estado das instalações, sobre a resolução do seu episódio de saúde, sobre a intimidade, sobre a informação obtida, etc. Esta informação resulta de especial valor para ser feito um diagnóstico correto do Hospital e conduzir à necessidade de implementar melhorias.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de dados atualizados do grau de satisfação dos utentes.
2. O Hospital dispõe e aplica os mecanismos e a responsabilidade para analisar os dados de satisfação disponíveis.
3. Os aspetos de menor satisfação dos utentes são analisados e são planeadas melhorias para os resolver.

V. Melhoria contínua

11. Resultados do Hospital

Standard S 02 11.06_01

O Hospital deve ser capaz de identificar e controlar os desvios orçamentais produzidos com o fim de corrigi-los.



Propósito: Realizar um acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado pelo Hospital.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital monitoriza periodicamente o seu orçamento.
2. Em caso de desvios na execução do orçamento, estabelecem-se as ações corretivas.

Standard S 02 11.07_00

Publicitam-se os indicadores de resultado do Hospital.



Propósito: Publicar os resultados-chave do Hospital de maneira a que os utentes e outros grupos de interesse tenham um melhor conhecimento sobre o funcionamento e sobre a resposta que podem esperar da organização, facilitando a sua escolha com base na informação obtida. Utilizar canais de divulgação acessíveis e que cheguem a um maior número possível de pessoas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital publica os resultados utilizando canais de comunicação acessíveis às pessoas.
2. A informação proporcionada sobre os resultados do Hospital deve ser suficiente para permitir aos utentes e grupos de interesse terem uma expectativa de resposta baseada numa Informação.

Standard S 02 11.08_01

Os resultados são comparados com os de outras organizações e com os melhores do setor.



Propósito: Realizar uma análise que inclua a comparação de resultados com os de outras organizações e no âmbito do processo de outros considerados como melhores do setor, com o fim de identificar e implementar as melhores práticas.

Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe da identificação dos centros com que a organização quer comparar-se, com base em critérios de similitude de carteira de serviços, complexidade, resultados excelentes ou informação disponível.
2. O Hospital analisa os resultados dos centros de referência para encontrar aqueles que são mais destacados.
3. O Hospital incorpora práticas que facilitam a possibilidade de obtenção de resultados melhores face a outras instituições.

Standard

S 02 11.09_00

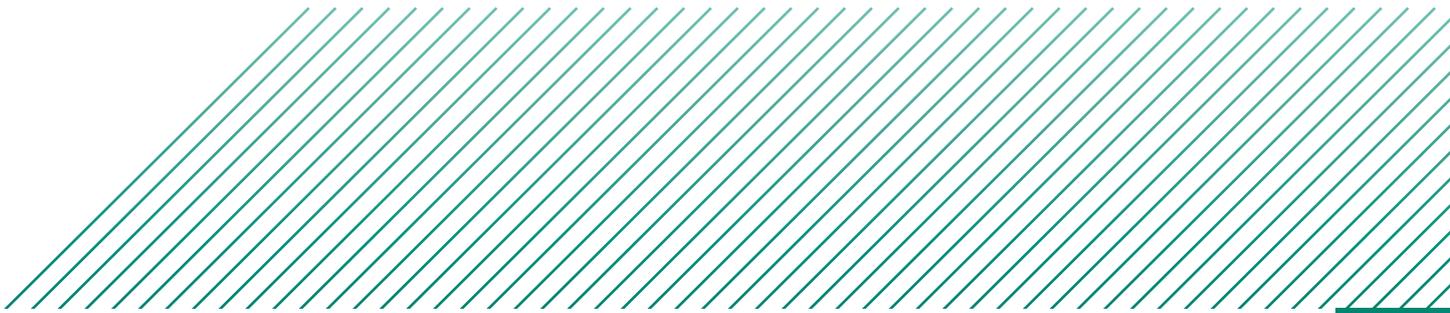
O Hospital controla a mortalidade dos seus utentes em função do risco inerente ao seu processo.

II

Propósito: Determinar a taxa de mortalidade intra-hospitalar tendo em conta o diagnóstico inicial, as co-morbilidades dos utentes, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados, ou qualquer outro fator que possa influenciar os resultados de saúde. Conhecer a mortalidade não esperada para poder analisar e minimizar a sua incidência.

Elementos avaliáveis:

1. Estão identificados os fatores intervenientes no resultado final da prestação de cuidados de saúde ao utente, assim como o objetivo a atingir.
2. O Hospital dispõe de dados de mortalidade cruzados com os fatores intervenientes definidos.
3. O Hospital analisa os dados de mortalidade intra-hospitalar não esperada e suas causas.
4. Em caso de desvio da taxa de mortalidade expetável, implementa medidas para reduzir a mortalidade intra-hospitalar não esperada devida a causas controláveis.



Manual de Standards – Hospitais

6 Controlo de modificações

Controlo de modificações

De seguida, são descritas as principais modificações realizadas nesta nova versão do programa de certificação de Hospitais, ME 02 1_05, em comparação com a versão anterior, ME 02 1_04.

De carácter geral:

- O programa de certificação de Hospitais passa a ter 144 standards em vez de 280 standards da versão anterior.
- São publicados elementos avaliáveis para cada um dos standards que servem de referência para os profissionais abordarem na fase de autoavaliação.
- Os standards estão englobados em 5 blocos e 11 critérios. Nesta nova versão foram eliminados os subcritérios.
- A nova versão tem 45,14% de standards do Grupo I considerados “obrigatórios” para obter qualquer nível de certificação, contra os 33% da versão anterior.
- 131 standards da versão anterior têm equivalências (semelhanças na definição e propósito) com 88 standards da atual versão.
- Nesta versão são incluídos 56 standards novos, dos quais 20 são de carácter obrigatório, 11 de Grupo I não obrigatório, 14 de Grupo II e 11 de Grupo III.

Listagem das principais modificações realizadas:

• Critério 1: A pessoa como sujeito ativo

- Passa a ter 17 standards em vez dos 32 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 23 standards.
- Incorporam-se **4 novos** standards: S 02 01.13_00, S 02 01.15_00, S 02 01.16_00, S 02 01.17_00.

• Critério 2: Acessibilidade e continuidade assistencial

- Passa a ter 13 standards em vez dos 17 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 9 standards.
- Incorporam-se **6 novos** standards: S 02 02.04_00, S 02 02.05_00, S 02 02.06_00, S 02 02.10_00, S 02 02.11_00, S 02 02.12_00.

• Critério 3: Informação clínica

- Passa a ter 8 standards em vez dos 18 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 9 standards.
- Incorporam-se **2 novos** standards: S 02 03.06_00, S 02 03.08_00.

• Critério 4: Gestão dos processos assistenciais

- Passa a ter 6 standards em vez dos 9 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 5 standards.
- Incorporam-se **4 novos** standards: S 02 04.02_00, S 02 04.03_00, S 02 04.04_00, S 02 04.06_00.

• Critério 5: Promoção da saúde e qualidade de vida

- Passa a ter 10 standards em vez dos 9 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 12 standards.
- Incorporam-se **5 novos** standards: S 02 05.03_00, S 02 05.04_00, S 02 05.08_00, S 02 05.09_00, S 02 05.10_00.



- **Critério 6: Direção e planeamento estratégico**

- Passa a ter 10 standards em vez dos 6 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 4 standards.
- Incorporam-se **3 novos** standards: S 02 06.01_00, S 02 06.05_00, S 02 06.08_00.

- **Critério 7: Profissionais**

- Passa a ter 10 standards em vez dos 26 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 13 standards.
- Incorporam-se **2 novos** standards: S 02 07.01_00, S 02 07.10_00.

- **Critério 8: Estrutura, equipamento e fornecedores**

- Passa a ter 30 standards em vez dos 84 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 35 standards.
- Incorporam-se **8 novos** standards: S 02 08.06_00, S 02 08.08_00, S 02 08.19_00, S 02 08.20_00, S 02 08.21_00, S 02 08.22_00, S 02 08.28_00, S 02 08.29_00.

- **Critério 9: Sistemas e tecnologias de informação e comunicação**

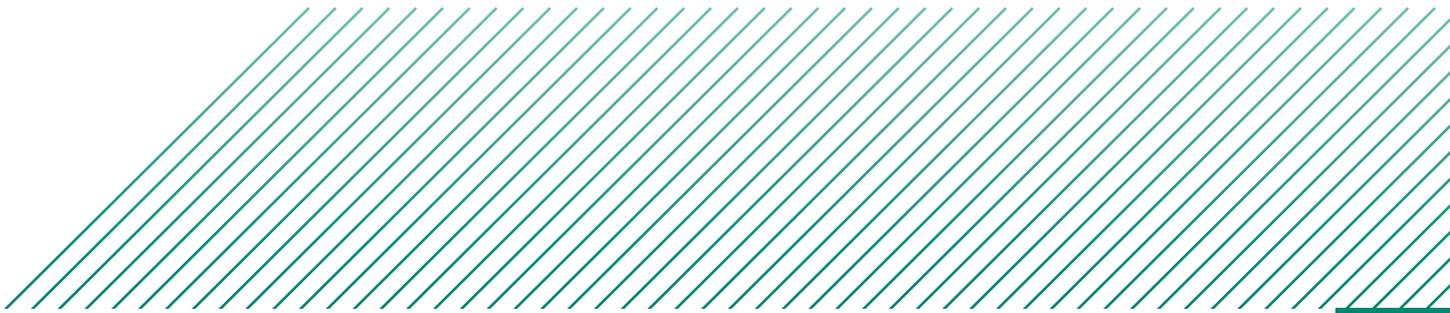
- Passa a ter 12 standards em vez dos 29 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 11 standards.
- Incorporam-se **4 novos** standards: S 02 09.04_00, S 02 09.05_00, S 02 09.09_00, S 02 09.10_00.

- **Critério 10: Ferramentas da Qualidade e Segurança**

- Passa a ter 19 standards em vez dos 23 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 4 standards.
- Incorporam-se **15 novos** standards: S 02 10.01_00, S 02 10.03_00, S 02 10.04_00, S 02 10.06_00, S 02 10.07_00, S 02 10.08_00, S 02 10.09_00, S 02 10.11_00, S 02 10.12_00, S 02 10.13_00, S 02 10.15_00, S 02 10.16_00, S 02 10.17_00, S 02 10.18_00, S 02 10.19_00.

- **Critério 11: Resultados do Hospital**

- Passa a ter 9 standards em vez dos 16 da versão anterior.
- Efetuam-se **modificações** na definição e propósito de 6 standards.
- Incorporam-se **3 novos** standards: S 02 11.01_00, S 02 11.04_00, S 02 11.09_00.



7 Glossário de termos

Glossário de termos

A **Acessibilidade:** A acessibilidade dos cidadãos aos serviços públicos de saúde é um dos princípios básicos de equidade. Define-se como a capacidade de assegurar que qualquer cidadão obtenha cuidados de saúde de qualidade e oportunos de que necessita, no local apropriado e no momento adequado.

C **Carteira de serviços:** Conjunto de técnicas, tecnologias ou procedimentos, compreendendo como tais: cada um dos métodos, atividades e recursos baseados no conhecimento e investigação científica, através dos quais se efetivam as prestações de cuidados de saúde.

D **Documentação clínica:** Suporte de qualquer tipo ou classe que contém um conjunto de dados e informações de caráter assistencial (clínico).

G **Gestão por processos:** Sistema de gestão baseado no princípio da “qualidade total”, que pretende proporcionar aos profissionais o conhecimento dos aspetos que há que melhorar e fornecer as ferramentas para o poderem fazer. Procura assegurar, de um modo rápido, flexível e simples, a abordagem dos problemas de saúde a partir de uma visão centrada no cidadão. Para efeitos deste Manual, trata-se de uma visão centrada na pessoa, integrada e integral de abordagem dos problemas de saúde.

Guia de informação básica para o cidadão: Documento elaborado pelo Hospital, em que é proporcionada ao cidadão a informação sobre os aspetos gerais da organização (atividades, horários e telefones, procedimentos de recolha e envio de amostras, etc.), bem como qualquer outra informação que seja considerada de interesse.

I **Indicador da qualidade:** Medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para controlar e avaliar a qualidade das atividades que afetam os resultados da prestação de cuidados de saúde: governação clínica, atuação clínica, funções de administração e de suporte.

Não sendo uma medida direta da qualidade, um indicador da qualidade serve para monitorizar a qualidade de aspetos importantes da prestação de cuidados de saúde, funcionando como um alerta sempre que ocorra uma falha, em relação ao valor habitual, resultante das atividades que afetam a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Informação de saúde: Todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, registada no seu processo clínico e familiar.

A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados de saúde e da investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

Manual da qualidade: Documento que especifica o sistema de gestão da qualidade de uma organização.

M

Mapas de competências: Documento basilar que configura as diferentes componentes da gestão por competências em relação ao posto de trabalho. O mapa de competências standard contém três tipos de competências:

- Competências gerais: Dizem respeito a qualquer profissional do Serviço Nacional de Saúde independentemente do seu posto ou categoria e são em geral utilizadas para a avaliação do desempenho profissional;
- Competências transversais: Relacionadas com conteúdos essenciais do âmbito da prestação de cuidados de saúde;
- Competências específicas: Relacionadas com um posto de trabalho concreto ou com uma função específica.

Missão: Descrição da razão de ser da organização.

Plano de desenvolvimento individual: É um dos elementos centrais da melhoria contínua do desenvolvimento dos profissionais. Numa entrevista anual entre responsável e colaborador, é possível definir consensualmente áreas de melhoria para as competências avaliadas aquando da avaliação de desempenho profissional, estabelecendo atividades dirigidas à minimização dos pontos fracos. Os resultados obtidos, com a realização das atividades acordadas, são avaliados na entrevista de avaliação de desempenho do ano seguinte. Todo o processo da Avaliação de Desempenho Profissional é baseada numa entrevista entre o profissional e o seu responsável direto.

P

Processo assistencial: Conjunto de atividades realizadas pelos prestadores de cuidados de saúde (estratégias preventivas, atividades/provas diagnósticas, estratégias e atividades terapêuticas), que tem como objetivo aumentar o nível de saúde e o grau de satisfação da população em relação aos serviços que recebe, entendidos estes num sentido amplo (aspetos organizativos, assistenciais, etc.).

Processo de suporte: Tem como fim gerar os recursos de que necessitam os processos assistenciais.

Produção científica: A dimensão quantitativa dos resultados de produção científica é expressa pelo número de trabalhos publicados.

Roteiro do utente: Documento de apoio e guia para o utente e profissionais, com informação específica, detalhada e compreensiva sobre as fases de desenvolvimento dos Processos Assistenciais Integrados.

R

Segurança: Processo através do qual uma organização proporciona cuidados seguros aos seus utentes. Tem de incluir pelo menos: a gestão do risco, a notificação e análise de incidentes de segurança, a capacidade para aprender com os mesmos, a implementação de medidas de controlo para minimizar o risco de recorrência e o seu seguimento.

S

Valores: Os valores são os elementos que definem a conduta básica das pessoas que fazem parte do Hospital e o que delas se espera.

V

Comissão Técnica

Coordenador

- José Antonio Carrasco Peralta
- Filipa Homem Christo
Departamento da Qualidade na Saúde da DGS.
Programa Nacional de Acreditação em Saúde.
Ministério da Saúde de Portugal.
- Miguel Rabello Formanti
Coordenador da Qualidade.
Grupo Hospitalário José Manuel Pascual S.A.
- Rafael Linares Hevilla
Engenheiro Técnico do Serviço de Manutenção.
Hospital de Antequera. Málaga.
- Rafael Romero de Castilla Gil
Coordenador da Qualidade.
Hospital de Montilla. Córdoba.
Agência Pública Empresarial Alto Guadalquivir.
- Victoria Ruiz Romero
Coordenadora da Qualidade da Província Bética.
Ordem Hospitalar San Juan de Dios.

Colaboração na tradução e adaptação:

- Maria Laura Prazeres Marques
Auditora Interna do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS.
Coordenadora do Modelo de Acreditação do Ministério da
Saúde de Portugal.
- Cláudio dos Santos Correia
Auditor Interno do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS.







Direção-Geral da Saúde
Departamento da Qualidade na Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 – 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 800 / Fax: 218 430 846
acreditacao@dgs.pt
www.dgs.pt



Maio 2016

ME 02 1_05