

Apendicele 1 – Sălile de operație modulare

BENEFICIILE SĂLILOR DE OPERAȚIE MODULARE

Unul din avantajele principale ale soluțiilor modulare constă în faptul că ele sunt aduse în condiții perfecte și fără defecte. Dacă nu este furnizată la calitatea necesară, poate fi returnată producătorului. Asamblarea în fabrică oferă posibilitatea pentru inovarea design-ului, cu finisări sigilate care sunt ușor de curățat și contribuie la o decontaminare rapidă.

În special, producătorii sălilor chirurgicale modulare și clienții lor au subliniat următoarele beneficii:

- termene de construcție mai reduse, din cauza elementelor ce se repetă și lucrului în paralel;
- probabilitate mai mare de a respecta termenele-limită;
- întreruperi mai limitate provocate echipamentelor și serviciilor existente, într-un interval mai redus;
- siguranță mai mare, datorată caracterului lucrului pe teren și numărului redus de lucrători. Mai multe activități au loc într-un mediu controlat;
- pot fi efectuate construcții în spații fizice restrânse;
- controlul calității este mai ușor când procesul de construcție se desfășoară într-un mediu de fabrică;
- mai puțin dependent de schimbările vremii ceea ce reduce întârzierile.

DIFERENȚELE ÎNTRE SĂLILE DE OPERAȚIE MODULARE ȘI OBIȘNUITE

În ceea ce privește performanța, calitatea și funcționalitatea, clientul nu trebuie să găsească nici o diferență între spațiile chirurgicale modulare și cele obișnuite. Ambelor le sunt aplicabile același set de standarde și reglementări. Ar trebui definite specificațiile de proiect și testele de acceptare în vederea asigurării faptului că standardele de calitate sunt respectate întocmai la momentul transferului.

Cu toate acestea, procesul de construcție a unei săli modulare are unele particularități care trebuie luate în considerare de către proiectanți.

OPȚIUNILE DISPONIBILE

Există câteva tipuri de construcții modulare, inclusiv:

- module furnizate cu uși, geamuri și finisări interioare și sisteme inginerești pre-instalate;
- rafturi modulare furnizate pe loc;
- module echipate integral;
- module construite în secțiuni, cu asamblarea pe loc;
- sisteme flexibile de construcție cu, de exemplu, pereți mobili înăuntrul unei carcase mai permanente.

Sălile de operație modulare pot fi utilizate mai mult decât s-a crezut anterior. Unele au o perioadă de exploatare de mai mult de 20 de ani, iar altele, pentru soluții temporare, de 5-10 ani. Acestea pot fi instalate ca săli independente, dar de asemenea pot fi conectate la construcțiile deja existente. Astfel, sunt potrivite în cazul proiectelor de construcție, reconstrucție și modernizare.

MANAGEMENTUL ȘI PLANIFICAREA PROIECTULUI

Întrucât există câteva sisteme disponibile cu diferite forme de construcție, perioada de exploatare a oricărei construcții modulare trebuie clar definită la etapă inițială a procesului de planificare. Echipele de planificare ar trebui să ia de asemenea în considerare durabilitatea materialelor și capacitatea trustului de a menține construcția pe întreaga perioadă de exploatare. La fel de important în etapa inițială este interfața serviciilor între construcția modulară și restul spitalului (de exemplu, sunt oare compatibile sistemele electrice).

Datorită naturii sale, un proiect modular se supune bine la aranjamentele de management a proiectului la cheie.

În general, o construcție modulară ar trebui să fie realizată în timp restrâns, pentru că pe parcursul implementării, fundamentele la locul solicitat pot fi construite în paralel cu construcția modulelor la fabrică. Este important ca perioadele de furnizare să fie coordonate și planificate cu minuțiozitate pentru a beneficia de avantajele existente în cadrul sistemului la termen (JIT).

Trebuie să menționăm că etapele inițiale, adică cea de planificare a proiectului și definirea specificațiilor, vor solicita un grad mai înalt de detaliere, astfel ocupând o porțiune mai mare din timpul total al proiectului. Necesitatea specificațiilor mai detaliate de asemenea face ca modificarea lor în etape ulterioare să fie mai dificilă. Sistemele de control a modificărilor care analizează efectul unei schimbări solicitate trebuie planificate din timp.

Va fi necesară prezența a mai puține persoane la fața locului în cazul construcției modulare, ceea ce ar trebui să faciliteze accesul general, cazarea și logistica. Cu toate acestea, ar putea apărea nevoia unor macarale mai mari. De aceea, accesul macaralelor ar putea juca un rol mai mare în comparație cu construcțiile obișnuite, iar planurile de acces vor trebui pregătite încă la începutul procesului.

Deși o construcție modulară permite desfășurarea construcției într-un mediu controlat, o mare parte din acest control este gestionat direct de contractor, și nu de client. De aceea, clienții ar trebui să se asigure că în procesul de planificare contractorii propuși dispun de sisteme satisfăcătoare de gestionare a securității. Ei de asemenea ar trebui să pregătească minuțios orice cerință de test de acceptare atunci când se efectuează transferul. Se recomandă efectuarea unui audit asupra proceselor de producție la uzina contractoare. Clienții ar putea considera avantajos exploatarea opțiunilor financiare oferite de producătorii modulelor când planifică proiectul. Opțiunile pot fi următoarele:

- leasing operațional;
- procurare în leasing;
- împrumuturi garantate;
- împrumuturi negarantate;
- pachete PFI complete.

CONSIDERAȚII REFERITOARE LA DESIGN-UL CONSTRUCȚIEI MODULARE

Deși o construcție modulară poate satisface la fel de bine standardele existente ca și o construcție tradițională, calitatea celei modulare rămâne încă netestată pentru termenul mai mare de 25 de ani solicitat pentru modelele de afaceri. Este importantă

alegerea minuțioasă a materialelor în procesul de proiectare în vederea asigurării unei perioade lungi de exploatare și a unui grad înalt de flexibilitate. De exemplu, pentru o soluție de lungă durată, o carcasă de oțel ar putea fi mai potrivită decât una din lemn.

Proiectele modulare precedente au fost construite conform specificațiilor HBN 26 și se așteaptă că proiectele viitoare vor continua să încorporeze recomandările la această ultimă versiune. Proiectanții ar trebui să ia în considerare actualele practici de succes atât la nivel național cât și internațional atunci când preiau abordarea modulară în proiectarea și construcția sălilor de operație. Există o experiență abundentă atât în Marea Britanie cât și în peste hotare, care poate fi folosită pentru informarea echipelor clinice și de proiectare referitor la beneficiile utilizării acestui tip de construcție.

Utilizarea construcțiilor modulare încă permite o oarecare flexibilitate în ceea ce privește design-ul exterior. Variațiile de design pot include culoarea finisajului exterior, tipul și dimensiunile geamurilor, tipuri de acoperiș și lambriu, teracotă, cărămidă sau fațadă cu protecție împotriva ploii. Pentru a permite utilizarea echipamentului sensibil în orice sală de operație, este importantă alegerea unor pardoseli potrivite care să elimine orice vibrații.

BENEFICII DE COST

Deși sălile de operație modulare sunt mai scumpe dacă se compară costul per metru pătrat, alți factori din construcție sau costurile de întreținere pe perioada de exploatare ar putea demonstra că opțiunea modulară este cea mai potrivită (de exemplu, viteza desfășurării lucrărilor, potențialul de decontaminare rapidă, etc.).

Costurile legate de exploatare pot varia în dependență de materialele selectate sau tipul sălii de operație solicitate. Pregătirile inițiale scurte ar trebui să ia în considerație tipul sistemului modular și tipurile materialelor disponibile; de exemplu, pereți din ghips carton vor genera cheltuieli de întreținere mai mari în comparație cu sistemele metalice prefabricate acoperite cu material pulverizat. Aceasta în schimb va indica practica costului de exploatare care necesită a fi desfășurată ca parte a modelului de afaceri.

Apendicele 2 – Opiniile pacienților și ale personalului

OPINIILE PACIENȚILOR

Experiențele pacienților reprezintă un factor important care trebuie luat în considerare la proiectarea și construcția unui bloc nou chirurgical. Deși au fost conduse un șir de studii centrate pe opiniile pacienților vis-a-vis de intervențiile suferite, majoritatea se referă la aspecte clinice precum controlul durerii sau calitatea comunicării. Există puțină informație referitor la interacțiunea pacientului cu mediul construit.

La spitalul Friarage Hospital, Northallerton, personalul sălii de operație a oferit chestionare pacienților care urmau a fi externați din spital ca o parte a protocolului de administrare clinică. Aceștia erau întrebați despre deplasarea lor către sala de operație, primirea și tratamentul lor în sala de anestezie și cea de operație (în cazul în care erau conștienți) și, în sfârșit, în sala de recuperare. Multe întrebări vizau comunicarea verbală între personal și pacienți; dar unele au abordat și mediul construit. Din 70 de pacienți care au răspuns, majoritatea au considerat ca fiind foarte importantă capacitatea de a-și păstra intimitatea, demnitatea și confidențialitatea, starea de căldură și confort, precum și cât mai puțin zgomot în toate zonele blocului. Mai mult de 25% au rămas treji și conștienți pe parcursul operației și circa 70% își aduc aminte de șederea lor în sala de recuperare.

OPINIILE PERSONALULUI

Un sondaj efectuat în cadrul Programului chirurgical al NHS Modernisation Agency (iunie 2002) a solicitat opinia personalului din nouă trusturi ale NHS cu privire la identificarea factorilor care le influențează starea morală și rezultatele activității.

Condițiile nesatisfăcătoare de lucru au fost identificate ca cea mai frecventă cauză de nemulțumire. Sălile mari erau considerate ca impersonale ceea ce sporea nivelul de insatisfacție. Au fost făcute câteva sugestii pentru a îmbunătăți mediul construit. Acestea cuprind:

- sălile/unitățile de odihnă pentru personal ar trebui să dispună de mobilier mai confortabil, în special cel moale;
- în spațiile pentru odihnă ar trebui instalate ceainice electrice, precum și sisteme de aprovizionare cu apă rece potabilă, preferabil rezervor de apă;
- aranjamente mai bune de deservire alimentară 24/24;
- vestiare mai bune, abundență de albituri și destule uniforme chirurgicale. Lipsa spațiului de stocare și insuficiența articolelor de schimb de asemenea a fost principala plângere a personalului sălilor de operație într-un sondaj recent efectuat de Stock (2003);
- mai mult spațiu de birou;
- tehnologii informaționale mai bune;
- un spațiu destinat fumatului;
- mai multă lumină naturală;
- condiții mai bune de instruire;
- securitate mai bună.

Toți respondenții au subliniat importanța implicării personalului clinic în dezvoltarea PFI și modernizarea blocului chirurgical prin intermediul unei consultări ample și permanente.

Apendicele 3 – Planificarea capacităților

INTRODUCERE

Precedentul HBN 26 (1991) conține opt pași pentru calcularea numărului de săli necesare pentru fiecare specialitate. În acest ghid nou, numărul pașilor a fost redus până la șapte, iar pasul 8 reprezintă calcularea numărului de săli necesare pentru profilaxia de rutină și cazurile de urgență.

Pașii 1-6 conduc către o estimare a numărului de cazuri de operație pe an per specialitate. Metoda ar trebui modificată pentru a produce estimări individuale referitor la:

- cazurile de operații electivă cu internare;
- cazurile de operații planificate la zi;
- cazurile de operații de urgență cu internare.

Este necesară identificarea unor astfel de variabile precum disponibilitatea paturilor chirurgicale, perioada de spitalizare, rata de ocupare a paturilor pentru a fi incluse în metoda respectivă. Dat fiind că aceste variabile sunt înregistrate, iar metoda constă dintr-o serie de calcule bazate pe aceste variabile, logica care a generat rezultatele finale trebuie descrisă și pusă la dispoziție pentru revizuire ulterioară nu numai de către echipa inițială, dar de asemenea de către cei care, probabil mai târziu vor gestiona blocul.

Pentru fiecare specialitate chirurgicală, ar trebui să fie cunoscute următoarele variabile:

- disponibilitatea paturilor chirurgicale;
- perioada medie de spitalizare și rata de ocupare a paturilor;
- rotația pe an;
- numărul cazurilor per sesiune chirurgicală (pentru anumite perioade de sesiuni);
- numărul săptămânilor lucrătoare per sală pe an;
- regulile de utilizare a sălilor în caz de urgență precum și profilaxie de rutină.

Note. Echipa proiectul trebuie să fie de acord cu definițiile termenilor.

METODA

În **PAȘII 1-7** generează numărul necesar de săli pentru o singură specialitate. Acești pași ar trebui repetați pentru fiecare specialitate.

Specialitatea chirurgicală selectată pentru următorul exemplu este chirurgia ortopedică electivă cu spitalizare.

PASUL 1 Determinați numărul de **paturi** care vor fi disponibile pentru chirurgia ortopedică electivă cu spitalizare. **Răspuns: 60 de paturi**

PASUL 2 Determinați rata medie de ocupare a paturilor pentru chirurgia ortopedică electivă cu spitalizare. **Răspuns: 80%**

PASUL 3 Determinați durata medie de spitalizare. **Răspuns: 8 zile**

PASUL 4 Estimați viitoarea rată medie a rotației paturilor de ortopedie electivă per an.

$$\begin{array}{lcl} \text{Rata medie de} & & \text{Rata medie de ocupare} \\ \text{rotația paturilor pentru} & = & \text{a paturilor pentru chirurgie} \\ \text{chirurgie ortopedică} & & \text{ortopedică} \times 365 \\ \text{per an} & & \text{Durata medie de spitalizare} \\ & & \text{a pacienților ortopedici} \end{array}$$

$$= 0,8 \times 365 / 8$$

Răspuns: 36.5

Notă. Acest calcul reprezintă o estimare a numărului de pacienți care utilizează fiecare pat ortopedic în fiecare an; această estimare, la rândul său, depinde de estimarea ratei de ocupare a paturilor și duratei de spitalizare. Rata de ocupare selectată poate reprezenta cifra actuală. Cu toate acestea, proiectanții ar putea introduce și o cifră dorită sau anticipată; în acest caz, trebuie asigurat faptul ca cifra să fie realistă, confirmată printr-un audit și poate fi realizată în practică, întrucât nivelul presupus ar putea determina numărul general al cazurilor chirurgicale și, în rezultat, numărul de săli construite. Cifra obținută trebuie comparată cu statisticile regionale relevante.

PASUL 5 Calculați rotația totală a paturilor pe an pentru ortopedie.

Numărul total de paturi chirurgicale disponibile pentru ortopedie X media paturilor ortopedice
= rotația per an
 $= 60 \times 36.5$

Răspuns: 2190

PASUL 6 Calculați numărul total al cazurilor de operații ortopedice per an.

Rotația totală a paturilor spitalicești X % pacienți ortopedici electivi pentru spitalizare supuși operației
= Numărul total al cazurilor de chirurgie ortopedică per an
 $= 2190 \times 0.8$

Răspuns: 1752

Procentajul rotației paturilor chirurgicale pentru efectuarea procedurilor chirurgicale trebuie să includă o estimare a cazurilor la zi și urgențelor.

PASUL 7

Pacienți electivi pentru spitalizare, cu ilustrare pentru 1752 cazuri operații ortopedice cu spitalizare

- i) estimați orele de operare a cazurilor estimate (în baza timpului de începere a anestezie până la timpul când pacientul părăsește sala de operație)

multiplicați cazurile sălii cu media orelor de operare per caz

de exemplu $1752 \times 1.2 = 2102$ ore op per an

- ii) converțiți orele de operare în ore programate ale sălii de operație, împărțind eficiența utilizării orelor planificate ale sesiunilor programate. Observați că recenzia Comisiei de Audit identifică trei factori de eficiență:

- listele ținute (ore planificate) ca fracție a listelor planificate (ore planificate), U_c
- timpul actual de operare a listelor ca fracție a orelor lor planificate, U_r
- ore de operare pacient ca fracție a timpului de operare, U_p

Acestea pot fi combinate într-un factor general de eficiență care arată cât de mult timpul planificat pentru sala de operație este utilizat de facto pentru operarea pacienților individuali, U_o , unde

$U_o = U_c \times U_r \times U_p$

și valorile țintă propuse sunt:

$0.77 = 0.925 \times 0.9 \times 0.92$

ceea ce înseamnă, 77% din orele programate pentru sala de operație se poate aștepta să fie utilizate pentru pacienți individuali.

De aceea, orele necesare planificate conform orarului = orele de operație pe an/eficiența

de exemplu $2102/0.77 = 2731$ ore pe an

- iii) converțiți acestea în ore conform graficului pe săptămână. Observați că U_c se bazează pe utilizarea orelor listelor planificate, unde planul nu se ajustează la absența chirurgilor/anesteziștilor, astfel împărțirea la 52 săptămâni este adecvată

de exemplu $2731/52 = 52.8$ orele necesare planificate conform orarului

- iv) decideți asupra tiparului de lucru pentru fiecare săptămână. Vor fi listele electiv ținute doar în zilele de lucru sau și Sâmbăta de asemenea? Va avea sala de operație două zile de sesiuni sau trei?

Definiți tiparul pe parcursul săptămânii ca:

P_1 la 5 = proporția orelor ce trebuie efectuate în zilele săptămânii, de exemplu P_1 la 5 = 0.9

P_6 = proporția orelor ce trebuie efectuate în zilele de sâmbătă, de exemplu $P_6 = 0.1$

P_7 = proporția orelor ce trebuie efectuate în zilele de duminică, de exemplu $P_7 = 0$

Definiți tiparul zilnic ca:

P_{doi} = proporția orelor zilnice ale zilei de lucru care vor fi efectuate în două zile de sesiuni

P_{trei} = proporția orelor zilnice ale zilei de lucru care vor fi efectuate în trei zile de sesiuni

de exemplu $P_{doi} = 0.8$; $P_{trei} = 0.2$

În exemplul nostru, trebuie să vedem cât de multă activitate pentru această specialitate se vor efectua într-o zi de lucru (partea de vârf a săptămânii) în medie:

Ore zi de lucru din săptămână = P_1 la 5 x ore conform programului/săpt., $0.9 \times 52.8 = 47.5$

Ore pe zi de lucru = $47.5/5 = 9.5$

sesiuni per zi de lucru = $9.5/3.5 = 2.71$
[Sesiune = 3.5 ore]

Apoi ne trebuie să vedem cât de multe din sesiunile zilnice sunt transpuse în sălile de operație. Pentru P_{doi} din timp, Sălile pot efectua două sesiuni pe zi; pentru P_{trei} – trei sesiuni pe zi.

În exemplul nostru, 2.71 sesiuni pe zi se transpun în $(P_{doi} \times 2.71/2) + (P_{trei} \times 2.71/3)$ săli

$= (0.8 \times 2.71/2) + (0.2 \times 2.71/3) = 1.26$ săli pentru chirurgie elective de ortopedie cu spitalizare

v) Repetați calculele pentru alte specialități pentru cazuri cu internare, și adăugați sălile de operație.

vi) Rotunjiți fracția sălilor la un număr întreg.

Cazurile elective la zi

Faceți calcule similare ca și pentru cazurile de internare. Luați în calcul că factorii privind tiparul de lucru pot fi diferiți de acei pentru internare.

De asemenea, țineți minte că mai puțin de 100% din cazurile la zi vor fi efectuate în sălile destinate cazurilor la zi: x% care vor fi puși în listele sălilor cu spitalizare și va afecta cerințele privind capacitatea sălilor cu spitalizare. De fapt, aceasta va necesita să fie recunoscută la etapa inițială (adică, pasul 7 spitalizare elective) astfel că acestea x% din cazurile la zi să fie incluse în calculele pentru cazurile elective pentru operații cu spitalizare.

Pasul 8 Adăugați cerințele pentru cazurile de urgență

- i) Determinați numărul cazurilor de operații de urgență după specialitățile din FCEs
- ii) Determinați numărul orelor de operație conform specialității prin multiplicarea cu media orelor per caz.
- iii) Determinați proporția acestor ore care vor cădea în perioada de timp de la 08:00-18:00 în orice zi a săptămânii. Media la nivel național este de 70%, dar evaluarea trebuie să se bazeze pe analiza locală și va fi influențată de faptul dacă sesiunile programate în sălile de operație de urgență urmează a fi asigurate sau nu (care la rândul său, depinde de

volumul cazurilor sălilor de operație de urgență).

De exemplu, orele totale de operare = 60 ore per săptămână

Media orelor cazând în perioada 08:00-18:00 din orice zi = $60/7$ zile $\times 0.7 = 6$ ore.

iv) Dacă aceste ore au fost întreprinse conform listelor de urgență planificate la zi, atunci utilizarea preconizată a orelor planificate pentru liste va fi de aproximativ 50%.

De exemplu, 6 ore de operație necesită 12 ore programate. Dat fiind că baza pentru aceste cifre este perioada de 10-ore în fiecare zi, este clar că o sală de operație este necesară pentru cazurile de urgență.

Totuși, trebuie să se ia în considerare că raportul NCEPOD recomandă ca spitalele terțiare cu solicitare înaltă pentru cazuri de traume să aloce două săli pentru cazuri de urgență.

Variații la Pașii 7 și 8

Ultimul pas al calculelor pentru cazurile elective cu spitalizare și cazurile elective la zi implică rotunjirea numărului sălilor la un număr întreg.

Dacă unele săli sunt solicitate a fi destinate anumitor specialități, numărul de săli necesare pentru fiecare specialitate relevantă va fi rotunjit primul, înainte de a adăuga cerințele acestora la acelea ale altor specialități.

Într-un mod similar, sălile pentru traume de obicei trebuie să fie separate de sălile generale de urgență. În acest caz, calculele pentru cazuri de urgență vor fi partiționate în urgențe ortopedice (traume) și celelalte. Utilizarea orelor planificate pentru sala de operație pentru aceste două categorii este diferită, cu traumele ajungând la o medie de aproximativ 60% și alte cazuri de urgență - 50%. Numărul sălilor va fi rotunjit separat pentru cele două grupuri.

Apendicele 4 – Avantajele și dezavantajele sălilor de anestezie

Anestezistul principal de la Agenția de Modernizare NHS (2003) descrie avantajele și dezavantajele includerii sălilor de anestezie într-o clădire nouă:

Avantajele

Sălile de anestezie oferă un loc liniștit pentru personal ca să-i salute și să se prezinte pacienților, iar acelor pacienți care solicită o atenție sporită - posibilitatea unui tratament demn. Verificările finale care confirmă, de exemplu, identitatea pacientului de asemenea au loc aici.

Pacienții pot deveni nervoși când sunt anesteziați în sală și preferă un mediu mai puțin echipat. Este necesară ajustarea comportamentului personalului sălii, care, fiind obișnuiți cu pacienții, produc mult zgomot. Acest lucru este neplăcut pentru pacienți.

Dacă instrumentele sunt amplasate în sala de operație, pacientul este nevoit să audă ce se întâmplă în timp ce este anesteziat sau e nevoit să aștepte până finalizează, astfel producându-se întârzieri pentru următorii pacienți.

Un număr considerabil de pacienți necesită introducerea blocurilor de anestezie locală sau regională în timp ce încă sunt conștienți. Aceste proceduri pot fi îndelungate. Un al doilea anestezist poate efectua procedura în sală în timp ce sala de operație este încă ocupată de pacientul precedent.

Alegerea pacientului, considerentele culturale și prezenta părinților în cazul copiilor – toate susțin utilizarea în continuare a sălilor de anestezie.

Personalul anestezist, în special cel în curs de instruire, care aduc pacienții în sala de anestezie și nu direct în sala principală de operație sunt mai puțin supuși presiunii inutile, după cum arată observațiile din America de Nord.

Sălile de anestezie oferă spațiu de stocare a echipamentului pentru intubare și analgezie regională, medicamente, articole de unică folosință și fluide, precum și un frigider pentru preparate farmaceutice care necesită o astfel de păstrare. Este improbabil ca o sală de operație, chiar și mărită, să ofere un spațiu similar pentru cele enumerate mai sus fără a reduce nivelul ei de flexibilitate. În Marea Britanie, sunt în proces de testare un număr de module de instruire ale Practicienilor în anestezie și asistența medicală de urgență (Anaesthesia and Critical Care Practitioners - ACCPs). După instruire, acești practicieni vor fi capabili

să mențină un pacient în sala de operație în stare stabilă, în timp ce anestezistul administrează anestezia următorului pacient și introduce liniile de monitorizare. Mai multă informație poate fi obținută de pe pagina web a Colegiului Regal de Anestezie (Royal College of Anaesthetists) (<http://www.rcoa.ac.uk>).

Aceștia pun la dispoziția personalului anestezist chiuvete clinice individuale pentru spălarea mâinilor.

Sălile de anestezie sunt echipate cu sistem de ventilare de aprovizionare și extragere, care determină diluarea rapidă a oricăror gaze anestezice evacuate în special în timpul inducției.

Dezavantajele

Datorită regulilor de instruire a anesteziștilor și insuficienței anesteziștilor instruiți, există prea puține ocazii când următorul pacient poate fi anesteziat în sala de anestezie în timp ce pacientul precedent se trezește în sală. Există perioade îndelungate când sala de anestezie este vacantă, în timp ce un pacient se află în sala de operație.

O monitorizare mai complexă a fost introdusă și există pacienți mai bolnavi. În ultimii 20 de ani, numărul intervențiilor chirurgicale a crescut constant, precum și numărul pacienților mai în vârstă și mai slăbiți. Simultan, frecvența utilizării monitorizării anestezice a crescut. Dacă pacientul este conectat la cel puțin patru tipuri de sisteme de monitorizare în sala de anestezie, se consideră periculos deconectarea lor în vederea transferului în sala de operație. Există o perioadă când aceștia nu sunt monitorizați. Aceasta reprezintă o justificare pentru anestezierea pacientului în sala de operație pentru a evita transferul și deconectarea de la sistemele de monitorizare. În mod similar, acest lucru e real și în cazul transferului la sfârșitul procesului de revenire din anestezie, dar ambele vor fi depășite de sistemele cu infra-roșu fără fir de monitorizare continuă.

Echipamentul de monitorizare și ventilatoarele sunt scumpe. Pentru a asigura condiții pentru proceduri sigure, monitorizarea continuă este obligatorie. Introducerea îndelungată a liniilor de monitorizare necesită un ventilator pentru menținerea respirației pacientului pe parcursul acestui proces. Utilizarea sălilor de anestezie înseamnă că echipamentul costisitor trebuie dublat, cu costuri suplimentare semnificative, deși costul real per pacient este redus, iar prezența unui echipament suplimentar, în cazul, de exemplu, a unei defecțiuni electronice totale reprezintă un avantaj.

Apendicele 5 – Proiecte/scheme de spații

1) Blocul operator 1

2) Blocul operator 2

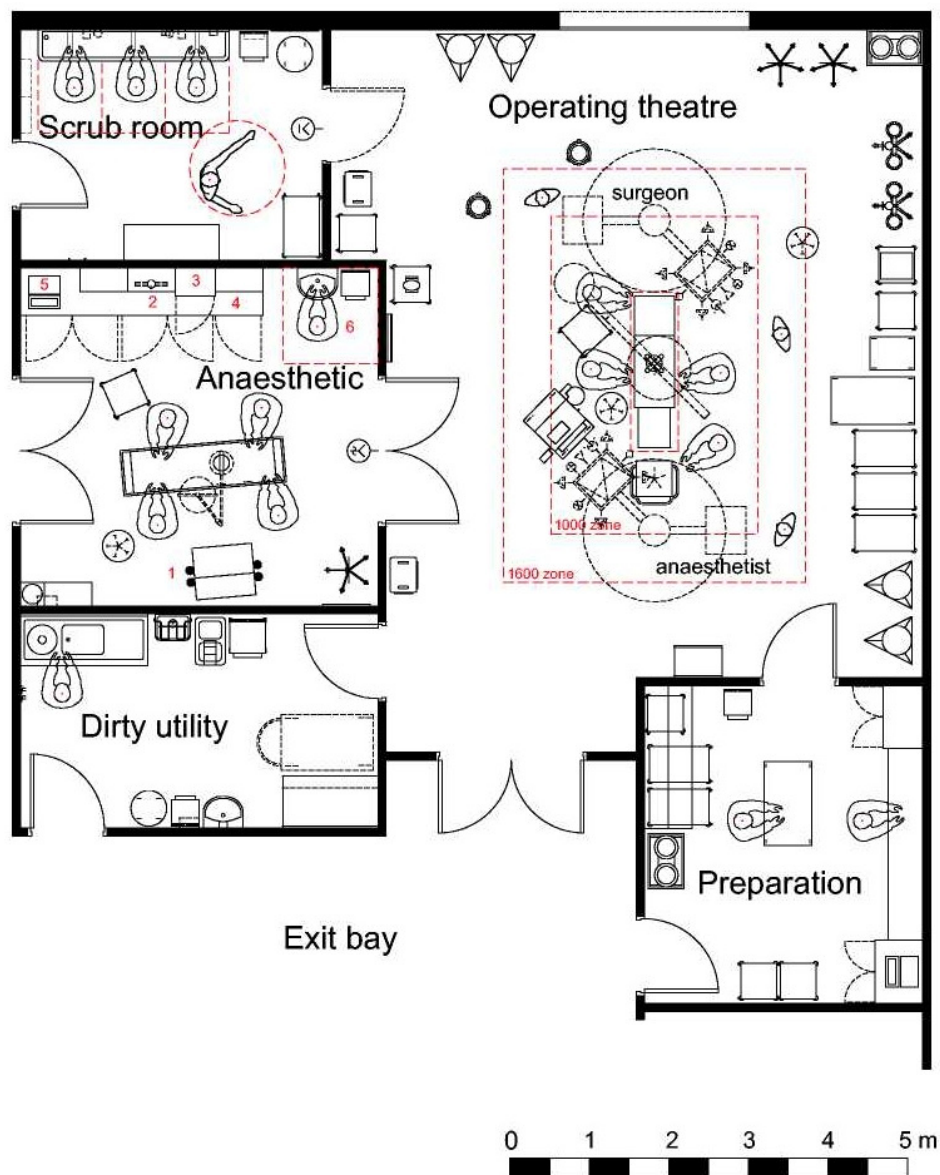
3) Blocul operator 3

4) Spații pre-operatorii (curățarea mâinilor)

Blocul operator

Bloc operator obișnuit

Foaia 1



Legenda pentru sala de anestezie:

1. servicii de gaze medicinale montate pe perete: aer, protoxid de azot, oxigen, vacuum și baleiaj gaze
2. Dulap pentru medicamente controlate prevăzut cu lacăt
3. Frigider pentru medicamente - cu lacăt
4. suprafață de lucru și unități de depozitare

Pentru legenda celorlalte spații vezi:

Sala de pregătire și utilități murdare – Foaia 2

Sala de operație – Foaia 3

Sala pre-operatorie – Foaia 4

Blocul operator

Bloc operator obișnuit cu sală pre-operatorie integrată

Foaia 2



Legenda pentru sala de pregătire și utilități murdare:

1. chiuvetă cu urnă de evacuare cu cisternă
2. chiuvetă pentru găleată
3. găleată cu două mopuri
4. cărucior pentru colectarea tăvilor cu instrumentar
5. suprafață de lucru cu rafturi/dulap
6. chiuvetă clinică cu robinet cu senzor de proximitate, dispozitive automate pentru distribuire săpun și șervețele de hârtie, coș de gunoi /deșeuri clinice
7. cabinet/dulap pentru loțiuni
8. calculator – stație de lucru

Pentru legenda celorlalte spații vezi:

Sala de anestezie – Foaia 1

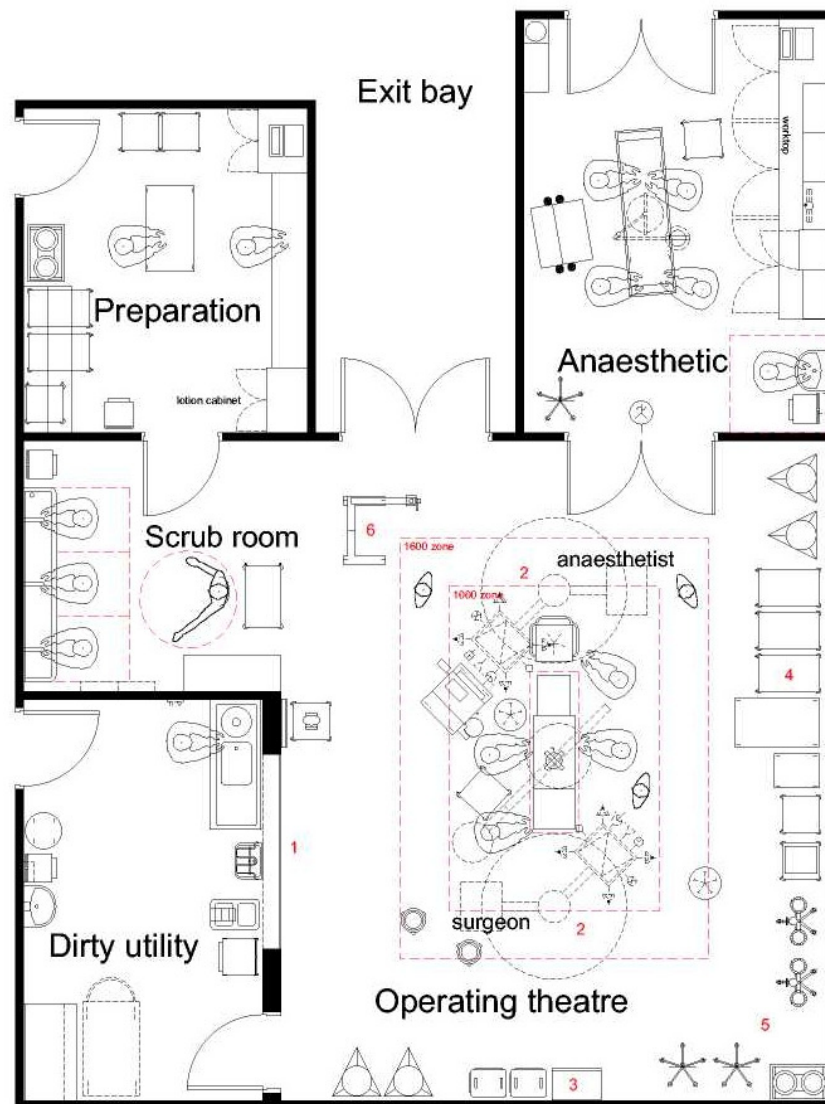
Sala de pregătire și utilități murdare – Foaia 2

Sala pre-operatorie – Foaia 4

Blocul operator

Bloc operator obișnuit cu sală pre-operatorie integrată

Foaia 3



Legenda pentru sala de operație:

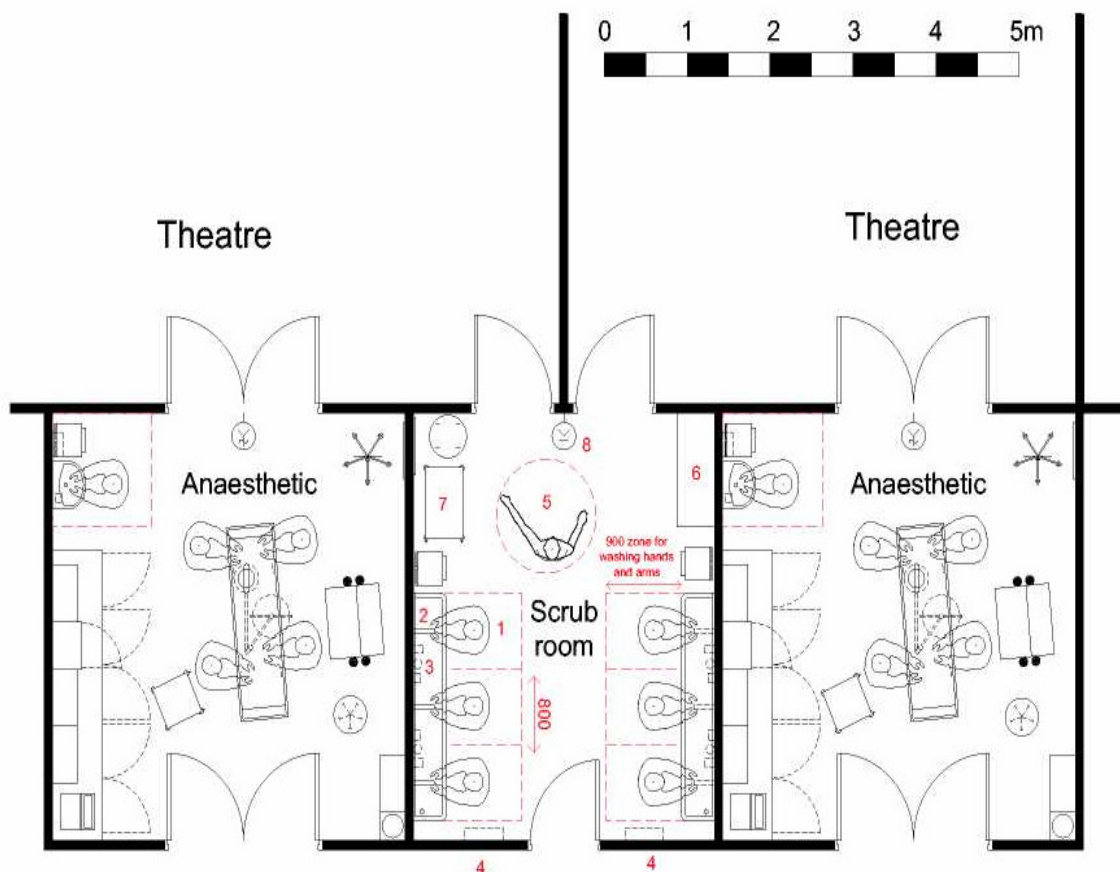
1. panou de control pentru sala de operație
2. unități de aprovizionare medicală pentru operații și anestezie
3. tablă de scris cu monitor cu atingere (touch screen)
4. diferite cărucioare pentru pansamente (7-10), inclusiv cărucioare pentru echipament, de exemplu, tampoane, cântar, aparat diatermal
5. suporturi pentru perfuzii, pentru boluri/vase, unitate de absorbție
6. microscop pentru operații

Pentru legenda celorlalte spații vezi:

Sala de anestezie – Foaia 1
Sala de operație – Foaia 3
Sala pre-operatorie – Foaia 4

Spațiu pre-operator (de curățare a mâinilor)

Două săli de operație cu sală pre-operatorie împărțită **Foaia 4**



Legenda pentru sala pre-operatorie:

1. este necesară o zonă de 800 mm lățime pe 900 mm adâncime pentru spălarea mâinilor și brațele până la cot în fața fiecărui robinet
2. sunt recomandate robinete cu senzor de proximitate
3. dispozitive automate de distribuție soluție pentru curățare amplasate la 200 mm între fiecare robinet
 - înălțimea containerului pentru curățat trebuie să fie de 1000 mm de-asupra nivelului pardoselei
 - țevile pentru apă, dispozitivele automate de distribuție a săpunului lichid și periilor pentru unghii vor fi la 1100-1200 mm de-asupra nivelului pardoselei
4. mănuși sterile/de unică folosință, distribuitoare automate de șorțuri și măști
5. 1200 mm spațiu liber pentru brațele în poziție deschise în timpul schimbării hainelor, cu un spațiu suplimentar de minimum 300 mm spațiu liber pentru prevenirea contaminării
6. Spațiu pentru rafturi este necesar pentru stocarea pachetelor cu uniforme medicale. Acestea vor fi amplasate într-un loc convenabil, dar nu de-asupra căruciorului cu uniforme
7. spațiu suficient va fi asigurat în jurul căruciorului cu uniforme pentru a permite despachetarea în siguranță a acestora
8. Ceas cu control radio cu secundar.

Toate sălile de anestezie trebuie să fie identice și nu vor fi în nici un caz aranjate ca fiind reflectate în oglindă

Pentru legenda celorlalte spații vezi:

Sala de anestezie – Foaia 1

Sala de pregătire și utilități murdare – Foaia 2

Sala de operație – Foaia 3

Apendicele 6 - Referințe

ACTE ȘI NORMATIVE

Disability Discrimination Act 1995. The Stationery Office, 1995.

http://www.legislation.hmso.gov.uk/acts/acts1995/Ukpga_19950050_en_1.htm

Environmental Protection Act 1990. The Stationery Office, 1990.

http://www.hmso.gov.uk/acts/acts1990/Ukpga_19900043_en_1.htm

Health and Safety at Work etc Act 1974. The Stationery Office, 1974.

Radioactive Substances Act 1993. The Stationery Office, 1993.

http://www.hmso.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga_19930012_en_1.htm
<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2003/20030978.htm>

SI 1994/3140 The Construction (Design and Management) Regulations. The Stationery Office, 1994.

http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si1994/Uksi_19943140_en_1.htm

SI 1999/3232 The Ionising Radiations Regulations. The Stationery Office, 1999.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si1999/19993232.htm>

SI 2000/1059 The Ionising Radiation (Medical Exposure) Regulations. The Stationery Office, 2000.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2000/20001059.htm>

SI 2000/2380 The Construction (Design and Management) (Amendment) Regulations. The Stationery Office, 2000.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2000/20002380.htm>

SI 2002/2677 The Control of Substances Hazardous to Health Regulations (COSHH). The Stationery Office, 2002.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2002/20022677.htm#18>

SI 2003/978 The Control of Substances Hazardous to Health (Amendment) Regulations. The Stationery Office, 2003.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2003/20030978.htm>

SI 1994/1886 The Gas Safety (Installation and Use) Regulations. The Stationery Office, 1994.

http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si_1994/Uksi_19941886_en_1.htm

SI 1996/341 The Health and Safety (Safety Signs and Signals) Regulations. The Stationery Office, 1996.

http://www.hmso.gov.uk/si/si_1996/Uksi_1_19960341_en_1.htm

SI 2000/1059 The Ionising Radiation (Medical Exposure) Regulations. The Stationery Office, 2000.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2000/20001059.htm>

SI 1999/3232 The Ionising Radiations Regulations. The Stationery Office, 1999.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si1999/19993232.htm>

SI 1999/3242 The Management of Health and Safety at Work Regulations. The Stationery Office, 1999.

<http://www.hmso.gov.uk/si/si1999/19993242.htm#29>

SI 1992/2793 The Manual Handling Operations Regulations. The Stationery Office, 1992.

http://www.hmso.gov.uk/si/si_1992/Uksi_19922793_en_1.htm

SI 1989/1790 The Noise at Work Regulations. The Stationery Office, 1989.

http://www.hmso.gov.uk/si/si_1989/Uksi_1_19891790_en_1.htm

SI 2000/128 The Pressure Systems Safety Regulations. The Stationery Office, 2000.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2000/20000128.htm>

SI 1999/2001 The Pressure Equipment Regulations 1999. The Stationery Office, 1999.

<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si1999/19992001.htm>

SI 1998/2306 The Provision and Use of Work Equipment Regulations. The Stationery Office, 1998.
<http://www.hmsso.gov.uk/si/si1998/19982306.htm>

SI 1992/3004 The Workplace (Health, Safety and Welfare) Regulations. The Stationery Office, 1992.
http://www.hmsso.gov.uk/si/si1992/Uksi_19923004_en_1.htm

STANDARDELE BRITANICE

BS 2881:1989 Specification for cupboards for the storage of medicines in health care premises.

BS EN 60598-2-25:1995, IEC 60598-2-25:1994 Luminaires. Particular requirements. Luminaires for use in clinical areas of hospitals and health care buildings.

BS 5722:1991 Specification for flammability performance of fabrics and fabric combinations in nightwear garments.

BS 7671:2001 Requirements for electrical installations (IEE Regulations - 16th edition).

BS 8300:2001 Design of buildings and their approaches to meet the needs of disabled people - Code of Practice.

BS EN 1935:2002 Building hardware. Single-axis hinges. Requirements and test methods.

BS EN 60825 Safety of laser products.

DEPARTAMENTUL SĂNĂTĂȚII

Agenda for Change: Proposed Agreement. Department of Health, 2003.
http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4005666&chk=Xpmdo1

Capital Investment Manual, NHS Management Executive, 1994.

Comprehensive critical care: A review of adult critical care services. Department of Health, The Stationery Office, 2000.

HSC 2000/17 Modernising critical care services. Department of Health, 2000.

HSC 2001/005 Governance in the new NHS. Department of Health, 2001.

HSC 2002/009 Better Blood Transfusion. Department of Health, 2002.

Learning from Bristol: The Department of Health's Response to the Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995 (The Kennedy Report). Department of Health, 2002.

The Control of Substances Hazardous to Health - Guidance for the Initial Assessment in Hospitals. Department of Health, 1992.

The NHS Plan. Department of Health, The Stationery Office, 2000.

Technical Requirements for the Supply and Installation of Equipment for Diagnostic Imaging and Radiotherapy (TRS 89). Department of Health, 1989 (under review).

Transmissible Spongiform Encephalopathy Agents: Safe working and the prevention of infection. Advisory Committee on Dangerous Pathogens, Spongiform Encephalopathy Advisory Committee, Department of Health, 2003.
http://www.advisorybodies.dh.gov.uk/acdp/infections_oct03.pdf

ALTE PUBLICAȚII ALE DEPARTAMENTULUI ADMINISTRATIV

DB9801 Supplement 1 1999 Checks and tests for newly-delivered medical devices. Medical Devices Agency, 1999.
[http://www.medical-devices.gov.uk/mda/mdawebsitev2.nsf/e8be0ee313c493aa80256bbb00307b2e/1435e3896034686680256c8b0052b2af/\\$FILE/db9801%20Supp1.pdf](http://www.medical-devices.gov.uk/mda/mdawebsitev2.nsf/e8be0ee313c493aa80256bbb00307b2e/1435e3896034686680256c8b0052b2af/$FILE/db9801%20Supp1.pdf)

DB 9602 Guidance on the safe use of lasers in medical and dental practice. MHRA, 2003.

DB 2002(05) 24-27 Decontamination of Endoscopes. Medical Devices Agency, 2002.
[http://www.medical-devices.gov.uk/mda/mdawebsitev2.nsf/0/c2377c4b2e2ba7d680256c8b004f1a41/\\$FILE/db2002\(05\).pdf](http://www.medical-devices.gov.uk/mda/mdawebsitev2.nsf/0/c2377c4b2e2ba7d680256c8b004f1a41/$FILE/db2002(05).pdf)

Office of the Deputy Prime Minister, **Building Regulations, Approved Document L2: Conservation of fuel and power in buildings other than dwellings.** The Stationery Office, London, 2000.
http://www.odpm.gov.uk/stellent/groups/odpm_buildreg/documents/page/odpm_breg_027774.hcsp

Office of the Deputy Prime Minister, **Building Regulations, Approved Document M: Access to and use of buildings.** The Stationery Office, London, 2003.
http://www.odpm.gov.uk/stellent/groups/odpm_buildreg/documents/downloadable/odpm_breg_025613.pdf

NHS Estate

Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit (AEDET).

http://195.92.246.148/nhsestates/chad/chad_content/publications_guidance/introduction.asp#sub_3

Decontamination Guidance.

<http://www.decontamination.nhsestates.gov.uk/home.asp>

HBN 6: Facilities for diagnostic imaging and interventional radiology. The Stationery Office, London, 2004.

HBN 13: Sterile services department. The Stationery Office, London, 2004.

HBN 21: Maternity department. The Stationery Office, London, 1996.

HBN 22: Accident and emergency facilities in the United Kingdom for adults and children. The Stationery Office, London, 2004.

HBN 23: Hospital accommodation for children and young people. The Stationery Office, London, 2004.

HBN 28: Facilities for cardiac services. The Stationery Office, London, 2004.

HBN 30: Cardiac facilities for children and young people. (forthcoming).

HBN 40: Common activity spaces, Vol 4: Circulation areas. The Stationery Office, London, 1995.

HBN 52 Accommodation for day care, Vol 1: Day surgery unit. The Stationery Office, London, 1993 (under review).

HBN 53: Facilities for renal transplant units. (forthcoming).

HBN 54: Facilities for cancer care centres. The Stationery Office, London, 2004.

HBN 57: Facilities for critical care. The Stationery Office, London, 2004.

HFN 14: Disability access. The Stationery Office, London, 1996 (under review).

HFN 29: Materials management (supply, storage and distribution) in healthcare facilities. The Stationery Office, London, 1998.

HFN 30: Infection control in the built environment. The Stationery Office, London, 2004.

HGN: "Safe" hot water and surface temperatures. The Stationery Office, London, 1998.

HGN: Structured cabling for IT systems. The Stationery Office, London, 1996.

HTM 57: Internal Glazing. The Stationery Office, London, 2004.

HTM 58: Internal Doorsets. The Stationery Office, London, 2004.

HTM 59: Ironmongery. The Stationery Office, London, 2004.

HTM 60: Ceilings. The Stationery Office, London, 2004.

HTM 71: Materials management modular storage. The Stationery Office, London, 1998.

HTM 81: Fire precautions in new hospitals. The Stationery Office, London, 1996.

HTM 82: Alarm and detection systems. The Stationery Office, London, 1996.

HTM 87: Textiles and furniture. The Stationery Office, London, 1999.

HTM 2005: Building management systems. The Stationery Office, London, 1996.

HTM 2007: Electrical services supply and distribution. The Stationery Office, London, 1993.

HTM 2009: Pneumatic air tube transport systems. The Stationery Office, London, 1995.

HTM 2011: Emergency electrical services. The Stationery Office, London, 1993.

HTM 2014: Abatement of electrical interference. The Stationery Office, London, 1993.

HTM 2020: Electrical safety code for low voltage systems (Escore - LV). The Stationery Office, London, 1998.

HTM 2021: Electrical safety code for high voltage systems (Escore - HV): Management policy. The Stationery Office, London, 1993.

HTM 2021: Electrical safety code for high voltage systems (Escore - HV): Operational management. The Stationery Office, London, 1994.

HTM 2022 Medical gas pipeline systems. The Stationery Office, London, 1997.

HTM 2023: Access and accommodation for engineering services. The Stationery Office, London, 1995.

HTM 2025 Ventilation in healthcare premises. The Stationery Office, London, 1994.

HTM 2027: Hot and cold water supply, storage and mains services. The Stationery Office, London, 1995.

HTM 2030: Washer-disinfectors. The Stationery Office, London, 1997.

HTM 2031: Clean steam for sterilization. The Stationery Office, London, 1997.

HTM 2040: The control of legionellae in healthcare premises - a code of practice. The Stationery Office, London, 1994.

HTM 2045: Acoustics: Design considerations. The Stationery Office, London, 1996.

Improving the Patient Experience: Friendly healthcare environments for children and young people. The Stationery Office, London, 2003.

Improving the Patient Experience: Welcoming entrances and reception areas. The Stationery Office, London, 2004.

Lighting and colour for hospital design. (Dalke et al), The Stationery Office, London, 2004.

New environmental strategy for the National Health Service. The Stationery Office, London, 2002.
http://www.nhsestates.gov.uk/download/publications_guidance/envstrat.pdf

The art of good health: using arts in healthcare. The Stationery Office, London, 2002.

The art of good health: a practical handbook. The Stationery Office, London, 2002.

Sustainable development in the NHS. The Stationery Office, London, 2004.
http://www.nhsestates.gov.uk/download/publications_guidance/SusDev.pdf

Sustainable development: NHS Environmental Assessment Tool (NEAT).
http://www.nhsestates.gov.uk/sustainable_development/index.asp?submenu_ID=neat

Wayfinding: effective wayfinding and signing systems - guidance for healthcare facilities. The Stationery Office, London, 2004.

ALTE PUBLICAȚII

Advisory Committee on Dangerous Pathogens, **Infection at Work: Controlling the Risks.** Health and Safety Executive, 2003.
<http://www.hse.gov.uk/pubns/infection.pdf>

Alvarado C, Reichelderfer M, **Guideline for infection prevention and control in flexible endoscopy.**

American Journal of Infection Control, 28, 138-155, 2000.

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, **Immediate Postanaesthetic Recovery.** AAGBI, London, September 2002.
<http://www.aagbi.org/pdf/Postanaes2002.pdf>

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, **Infection Control in Anaesthesia.** AAGBI, London, November 2002. <http://www.aagbi.org/pdf/Infection.pdf>

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, **Departmental Accommodation** (2004).

British Society of Gastroenterology, **Provision of Endoscopy Related Services in District General Hospitals.** BSG Working Party Report, London, 2001.

Chartered Institution of Building Services Engineers, **Lighting Guide LG3 - The visual environment for display screen use.** CIBSE, London, 1996.

Chartered Institution of Building Services Engineers, **Lighting Guide LG2 - Hospitals and Health Care Buildings.** CIBSE, London, 1989.

Evans N, **Criteria for best practice in operating theatres.** Literature review on behalf of NHS Estates (unpublished).

Health and Safety Executive, **EH40 Occupational Exposure Limits 2002 plus supplement 2003.** HSE Books, 2003.

Hejab M, Parsloe C, **Space and weight allowances for building services plant - inception stage design.** TN 9/92, BSRIA, 1992.

Hejab M, Parsloe C, **Space allowances for building services distribution systems - detail design stage.** TN 10/92, BSRIA, 1992.

Hospital Infection Society, **Behaviours and rituals in the operating theatre.** Report of Working Group, 2002.

Hospital Infection Society, **Microbiological commissioning and monitoring of operating theatre suites.** Report of the Working Party, 2002.

IEE, **Guidance Note 7 - Special Locations, 2nd edition.** IEE, 2002.

National Association of Theatre Nurses, **Risk and Quality Management System.** NATN, 2002.

National Association of Theatre Nurses, **Staffing for patients in the perioperative setting.** NATN, 2003.

NCEPOD, **Who operates when? A Report by the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths (1995/1996)**. NCEPOD, 1997.

NCEPOD, **Who Operates When? II: The 2003 Report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths**. NCEPOD, 2003
<http://www.ncepod.org.uk/2003.htm>

NHS Modernisation Agency, **Working in theatres: A diagnostic tool. Creating a positive climate for change**, 2003.

NHS Modernisation Agency, **Results from the Theatre Project 'Working in Theatres Diagnostic Tool'**, 2003.

Rosin R D et al, **The operating room of the year 2010**. Department of Trade and Industry, 1999.

Royal College of Nursing, **Safer staff: Better Care: RCN Manual Handling training guidance and competencies**. RCN, London, 2003.

Stock J, **A fresh look at a core service: improving theatre services: Finding ways to improve theatre services at Hastings and Rother NHS Trust**. NHS Modernisation Agency, 2003.
<http://www.cgsupport.org>

WMRHA (West Midland Regional Health Authority) **Planning Guide No 104: Department of Anaesthesia**. 1990.

PAGINI WEB UTILE

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland
<http://www.aagbi.org>

Department of Health
<http://www.dh.gov.uk>

National Patient Safety Agency
<http://www.npsa.nhs.uk>

NHS Environmental Assessment Tool (NEAT)
http://www.nhsestates.gov.uk/sustainable_development/content/construction.html

NHS Estates
<http://www.nhsestates.gov.uk>

NHS Estates Decontamination guidance
<http://www.decontamination.nhsestates.gov.uk>

NHS Modernisation Agency Clinical Governance Support Team
<http://www.cgsupport.org>

Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency
<http://www.mhra.gov.uk>

Royal College of Anaesthetists
<http://www.rcoa.ac.uk>

Royal College of Surgeons of England
<http://www.rcseng.ac.uk/>

Despre ghidurile și publicațiile NHS Estates

Agencia are un fond dinamic de cunoștințe pe care l-a achiziționat pe parcursul a peste 40 de ani de muncă în domeniu. Accesul nostru unic la proprietate și datele privind spațiile, politică și informație este împărtășit în recomandările oferite în patru sectoare principale:

Planificarea & construcția

Aceste documente vizează aspectele de planificare, schițare și design al spațiilor care reflectă cele mai recente evoluții și politică privind prestarea serviciului. Acestea oferă gândirea curentă privind cea mai bună utilizare a spațiului, design-ului și funcționalității pentru servicii clinice specifice sau sectoare pentru activitatea non-clinică. Acestea pot cuprinde scheme pentru spații. Recomandările publicate sub denumirea de Health Building Notes (HBNs) și Ghidul privind Design-ul se găsesc în această categorie.

Exemplele includ:

HBN 22, Spații pentru accidente și urgență pentru adulți și copii
HBN 57, Spații pentru terapie intensivă HFN 30,
Controlul infecției în mediul construit:
design și planificare

Inginerie & activitate (inclusiv Managementul spațiilor, incendiilor, medii sănătoase & sigure)

Aceste documente oferă recomandări privind design-ul, instalarea și funcționarea serviciilor specializate ale clădirii și de asemenea recomandări strategice și instrucții privind incendiile, sănătatea și siguranța și aspecte de mediu. Memorandurile Tehnice în Sănătate (HTM) și Recomandări în Sănătate (RS) sunt incluse în această categorie.

Exemplele includ:

HTM 2007, Asigurarea și distribuirea serviciilor electrice
HTM 2021, Codul de securitate electrică pentru sistemele de înaltă tensiune
HTM 2022 Suplimentul 1 Dezvoltarea durabilă în NHS

Procurarea & proprietatea

Acestea sunt documente ce vizează domenii de o amplă importanță strategică și aspecte de planificare, inclusiv capitalul și procurările.

Exemplele de titluri publicate sub acest titlu sunt:

Estatecode (Codul sectorului)
How to cost a hospital (Stabilirea costurilor unui spital)
Developing an estate strategy (Elaborarea unei strategii de domeniu)

Inițiative de politici ale NHS

Ca răspuns la unele dintre sarcinile-cheie ale Agendei de Modernizare, NHS a implementat, câteva programe administrate și monitorizate de proiect pentru reformă cu scopul de a îmbunătăți experiența generală a pacienților. Aceste publicații documentează rezultatele preconizate ale proiectului și împărtășesc cea mai bună practică și date cu acest domeniu.

Exemplele includ:

Modernizarea mediilor A&U
Îmbunătățirea Experienței Pacientului – Medii prietenoase de asistență medicală pentru copii și tineri
Îmbunătățirea Experienței Pacientului – Intrările și zonele de recepție primitoare
Standardele naționale de curățenie pentru NHS
Cărți de meniuri și rețete ale NHS

Majoritatea publicațiilor sunt disponibile în formă imprimată:

The Stationery Office Ltd.
PO Box 29, Norwich NR3 1GN
Comandă la telefon /informație generală 0870 600 5522
Comandă prin fax: 0870 600 5533
E-mail book.orders@tso.co.uk
<http://www.tso.co.uk/bookshop>

Lista publicațiilor și publicațiile selectate care pot fi descărcate se pot găsi pe pagina noastră web:
<http://www.nhsestates.gov.uk>

Pentru informație suplimentară vă rugăm să contactați centrul nostru de informare:
e-mail: nhs.estates@dh.gsi.gov.uk
tel: 0113 254 7070

Feedback la recomandările de bază

Vă rugăm să completați acest formular de feedback și transmiteți-l înapoi la NHS Estates. Informația furnizată ne va ajuta în evaluarea importanței acestui document și la planificarea recomandărilor viitoare ale agenției.

Titlul:

.....

Seria și numărul de serie, dacă este aplicabil (ex. Health Building Note 57):

.....

1. Cât de util este acest document pentru Dvs./organizația Dvs.?

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

Deloc utilă

Foarte utilă

2. Sunteți siguri de alte surse de informare conținute în acest document?

☐ Da

☐ Nu

Dacă da, vă rugăm să menționați mai jos:

.....

3. Considerați că conținutul a fost:

☐ Prea prescriptiv?

☐ Prea ambiguu?

☐ Aproape corect?

4. A fost volumul conținutului tehnic din document:

☐ Prea mare?

☐ Prea mic?

☐ Aproape bine?

5. Cum ați estima volumul documentului?

☐ Prea mare?

☐ Prea mic?

☐ Aproape bine?

Vă rugăm să returnați acest formular la adresa:

**Standards and Knowledge Management
NHS Estates
1 Trevelyan Square
Boar Lane
Leeds LS1 6AE**

Vă mulțumim