



Aprob

Director IMSP SCMC nr.1

A. Rotari

2024

Raport anual
privind activitatea Serviciului de Management al Calității
serviciilor medicale, 2023

Conform Planului anual de activitate al Structurii de Management a Calității (SMC), pe parcursul anului 2023, activitățile întreprinse s-au axat pe îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului.

Obiectivul general al Planului de activități: asigurarea continuă a calității serviciilor medicale performante, în conformitate cu standardele și practicile internaționale, acordate copiilor în cadrul instituției, centrate pe pacient și necesitățile acestuia.

Obiectivele specifice:

- I. Asigurarea implementării cadrului normativ în domeniul managementului calității
- II. Evaluarea calității serviciilor prestate în cadrul spitalului
- III. Asigurarea serviciilor medicale centrate pe siguranța pacientului și respectarea drepturilor acestuia
- IV. Îmbunătățirea performanței personalului medical din spital

Obiectivul specific I SMC: asigurarea implementării cadrului normativ în domeniul managementului calității

Pentru atingerea acestui obiectiv au fost **planificate următoarele activități:**

1. Monitorizarea implementării Politicii și Declarației de calitate la nivel de instituție
2. Monitorizarea conținutului și dezvoltarea continuă a calității site-ului oficial al instituției
3. Dezvoltarea /actualizarea continuă a PCI și POS, altor documente instituționale
4. Aplicarea conformă a PSO

Rezultate:

- Monitorizată implementarea politicii naționale privind calitatea serviciilor medicale, dar și a declarației de calitate la nivel de instituție, precum și a - declarației de răspundere managerială.
- Asigurată eficacitatea și eficiența serviciilor medicale realizată pe parcursul anului prin monitorizarea aprobării PCI și PSO noi, asigurarea implementării conforme a acestora la nivel de spital și conform Planului anual aprobat.
- Aplicate instrumente de asigurare și control (chestionare –tip, metodologii de evaluare-control) al calității serviciilor prestate, inclusiv procedura de audit medical.
- Asigurat suportul consultativ-metodic și participarea la elaborarea, verificarea și implementarea documentelor specifice (inclusiv procedurilor operaționale/sistem) privind sistemul instituțional de management al calității serviciilor medicale.
- Realizată coordonarea și participarea în procesul de analiză a neconformităților constatate în cadrul instituției, inclusiv propuneri elaborate către conducerea instituției privind măsurile corective și preventive ce se impun.
- Evaluarea gradului de satisfacție al aparținătorilor și angajaților

Realizări: La acest obiectiv au fost realizate chestionarea satisfacției pacienților și angajaților precum și evaluarea periodică a registrului de opinii/reclamații.

Constatări și concluzii privind evaluarea periodică a gradului de satisfacție al angajaților:

- o În urma evaluării chestionarelor anonime s-a dovedit că satisfacția angajaților de a activa în acest spital se menține la nivel înalt (97% în martie 2022, versus 98 % în martie 2023).
- o Ambele evaluări, la interval de un an, conform analizei chestionarelor (în 100%) au menționat că sunt motivați predominant de condițiile de muncă.
- o Conform chestionarelor evaluate, se atestă o dinamică pozitivă a indicatorilor privind relația de comunicare și colaborare eficientă cu șefii ierarhici, dar și colegi (84-88% în 2022 și 94-96% în 2023).

Constatări și concluzii privind evaluarea periodică a gradului de satisfacție al aparținătorilor:

Drepturile, responsabilitățile pacientului și accesul la serviciile medicale au fost respectate în toate cazurile de spitalizare.

Concluzia generală a evaluării comparative iunie 2022 / iunie 2023 a gradului de satisfacție al aparținătorilor:

nivelul satisfacției generale a aparținătorilor privind asistența acordată pe parcursul spitalizării în instituție este la un nivel înalt, 81% indicând calificativul excelent sau bun(48/33%), deși există unele aspecte de îmbunătățire continuă.

Obiectivul specific II SMC: Monitorizarea implementării Protocoalelor Clinice Naționale/instituționale și a Standardelor medicale de diagnostic și tratament

Realizarea acestui obiectiv s-a axat pe desfășurarea activităților de Audit clinic intern.

Auditul medical intern, având drept scop asigurarea continuă a calității serviciilor medicale acordate copiilor în cadrul instituției conform standardelor de specialitate bazate pe dovezi a fost **orientat pe câteva obiective specifice concrete**:

I. Asigurarea disponibilității și organizării serviciilor de management al copiilor bolnavi conform standardelor de diagnostic și tratament în vigoare.

Rezultate obținute:

- Evaluată respectarea criteriilor de direcționare a copiilor bolnavi pentru tratament sau pentru consultul specialiștilor în instituție prin două evaluări realizate (în perioada 27.02.23-27.03.23- 65 fișe și 03.03.23-13.03.23 – 60 fișe), pentru care au fost elaborate rapoarte cu constatări, concluzii și recomandări, aprobate de către Directorul IMSP SCMC nr.1.
- O rezervă la acest obiectiv a constituit-o evaluarea abilităților personalului medical de acordare a ajutorului medical de urgență, care a fost transferată pentru anul 2024.

Constatări:

- copiilor internați, sunt supuși triajului conform severității și codurilor roșu-galben-verde, cu direcționare/referire conformă pentru examinări clinico-paraclinice sau spitalizare pe secții în funcție de maladia diagnosticată și severitate.
- S-a recomandat repetat precăutarea posibilității de reorganizare a spațiului UPU, precum și a traseului pacientului până la UPU pentru optimizarea condițiilor de triaj eficient al copiilor adresați, care urmează să se realizeze în a.2024.

Concluzia generală în baza ambelor evaluări: majoritatea fișelor medicale reflectă o conduită clinico-diagnostică corectă, rezervele sunt stipulate în recomandări și înlăturate progresiv.

II. Asigurarea implementării Protocoalelor Clinice Naționale/instituționale și a Standardelor medicale de diagnostic și tratament.

La acest obiectiv al auditului medical s-a planificat evaluarea implementării Protocoalelor Clinice Naționale/Instituționale și a Standardelor medicale de diagnostic și tratament (conform celor 17 criterii de evaluare-standard a fișelor medicale).

Activități realizate:

- o Realizate integral 2 evaluări planificate a implementării Protocoalelor Clinice Naționale/Instituționale și a Standardelor medicale de diagnostic și tratament (conform celor 17 criterii de evaluare-standard a fișelor medicale).
- o Evaluările s-au desfășurat conform Planului aprobat de Audit medical, care a cuprins auditarea fișelor medicale a bolnavilor de staționar din toate secțiile, inclusiv fișe UPU, în perioada 01.01.23-28.02.23 (45 fișe) și 20.02.23-02.03.23 (45 fișe).

Concluzia: per ansamblu, nivelul de corectitudine a respectării prevederilor Protocoalelor Clinice Naționale, Ghidul de buzunar privind Asistența spitalicească oferită copiilor, precum și practicilor în vigoare de conduită clinico-terapeutică a infecțiilor respiratorii acute ale căilor respiratorii inferioare este înalt.

Rezervele identificate se referă la:

- o unele omiteri de argumentare documentată a investigațiilor de laborator/instrumentale sau a unor remedii și proceduri terapeutice, cum ar fi investigații biochimice neîncadrate în diagnostic;
- o deși semnificativ mai rar, decât în 2022, mai antibiotice nejustificat
- o durere nejustificată
- o infuzii intravenoase nedocumentate corespunzător.

Au fost înaintate recomandări specifice, care au fost discutate cu cadrele medicale din instituție. Rapoartele elaborate au fost aprobate de către Director IMSP SCMC nr.1.

III. *Asigurarea respectării POS pe diferite compartimente ale asistenței medicale acordate copiilor spitalizați în stare gravă în secție, inclusiv completarea documentației medicale conform prevederilor actelor normative în vigoare*

Activități realizate:

- 3.1. a fost evaluată conduita clinico-diagnostică și de tratament în Infecțiile acute ale căilor respiratorii inferioare (pneumonie, wheezing, argumentare și corectitudine antibioterapie, terapie cu oxygen, administrare bronholotice, argumentare Rgr. Toracice) prin realizarea auditului repetat al 100 fișe medicale a bolnavilor din staționar, desfășurate în perioadele 01.05.23-30.06.23 – 50 fișe și 04.07.23-15.07.23 – 50 fișe.

Rezervele identificate se concentrează pe unele omiteri de argumentare documentată, după cum urmează:

- investigații de laborator repetate neargumentat (HLG, Urina sumară, PCR)
- unele investigații biochimice neîncadrate diagnostic
- neargumentare a unor remedii și proceduri terapeutice (preparate bronholitice neargumentate în bronșiolită)
- tratament bronholic apreciat/documentat neconform (nedocumentarea eficienței probei cu salbutamol);
- monitorizare nedocumentată a procesului de hidratare și a deciziilor luate pe etape, în special pentru infuzii i/v
- aspirație secreții bronșice nespecificată în fișa de indicații și zilnice
- omiterea specificării orelor de administrare a medicamentelor în fișele de indicații.

Reieșind din constatările efectuate, a fost recomandată perfecționarea continuă a cunoștințelor cadrelor medicale din instituție managementul diagnostic și terapeutic corespunzător prevederilor în vigoare a infecțiilor de tract respirator inferior la copii.

La activitatea 3.2 s-a supus auditului conduita clinico-diagnostică și de tratament în Boala diareică acută (evaluare și monitorizare corectă a gradului de deshidratare, aplicare corectă și monitorizare tratament de rehidratare, argumentare tratament antibacterian în diaree, argumentare tratament simptomatic)

Rezultat: realizat auditul repetat al 100 fișe medicale a bolnavilor din staționar, desfășurate în perioadele 01.05.23-30.06.23(50 fișe) și 04.07.23-15.07.23 (50 fișe).

Rezervele identificate se concentrează pe unele omiteri de argumentare documentată, după cum urmează:

- unele omiteri de documentare a semnelor clinice de deshidratare; argumentare incomplet documentată a unor indicații de investigare/tratament;
- monitorizare incompletă sau nedocumentată a evoluției semnelor de deshidratare, mersului rehidratării copilului, a deciziilor de conduită pe etape;
- antimicrobiene neargumentate;
- neconcordanță date descrise la diferite etape (de ex. Deshidratare moderat la internare, în diagnostic clinic și la externare –deshidratare negativ);
- infuzii endovenoase nedocumentate corespunzător (argumentare/calcul volum, componență);

Reieșind din constatările efectuate în urma evaluării, a fost recomandată actualizarea și perfecționarea continuă a cunoștințelor cadrelor medicale din instituție

managementul terapeutic corespunzător prevederilor în vigoare al bolii diareice acute la copii.

La activitatea 3.3. auditul medical s-a axat pe evaluarea repetată pe parcursul anului a conduitei clinico-diagnostice și de tratament în sindromul febril și convulsiile febrile.

Rezultat: realizat Auditul a 80 fișe medicale din toate secțiile clinice, desfășurat în perioadele 01.01.23-31.03.23 și 01.08.23-12.08.23.

Rezervele identificate :

- o nedocumentarea evaluării ABCDE;
- o documentarea incompletă a verificării semnelor de maladie specifică asociată; documentarea incompletă a verificării semnelor clinice de infecție bacteriană posibilă la sugari sub 3 luni;
- o nedocumentarea concluziei privind gradul de risc al unei maladii febrile severe (după evaluare pe sistem semafor) și a deciziei corespunzătoare;
- o hidratarea, ca măsură de conduită terapeutică a febrei, ne documentată în cazurile în care copilul nu e cu diaree, de asemenea și monitorizarea insuficientă a acesteia.

Concluzia a indicat că per ansamblu, nivelul de corectitudine a respectării prevederilor Protocoalelor Clinice Standartizate în Urgențe Pediatriche, privind conduita clinico-diagnostică și de tratament a sindromului febril și a convulsiilor febrile la copiii cu afecțiuni respiratorii acute și boală diareică acută, spitalizați în cadrul IMSP SCMC nr.1 este înalt.

În urma evaluării conduitei clinico-diagnostice și de tratament în sindromul febril și convulsiile febrile, reieșind din constatările efectuate, s-a recomandat actualizarea și perfecționarea continuă a cunoștințelor cadrelor medicale din instituție managementul diagnostic și terapeutic corespunzător Protocoalelor Clinice Standartizate în Urgențe Pediatriche.

La activitatea 3.4. a fost realizat auditul conformității respectării POS și standarde de diagnostic și tratament la diverse etape de acordare a asistenței medicale copiilor spitalizați diverse, inclusiv monitorizarea în garda de noapte (perioada 18.04.23-30.04.23, 35 FO)

CONCLUZII

- o Per ansamblu, nivelul de corectitudine a documentării/ monitorizării și conduitei clinico-diagnostice realizate pe parcursul gărzii atât în cadrul UPU, cât și pe Serviciul de gardă, este cu anumite rezerve și necesită îmbunătățire.

- Rezervele identificate se concentrează pe omiteri de documentare semne clinice în examenul primar, înscrieri neconcludente și/sau necitețe în fișa de observație de gătre medicii de gardă, omiteri documentare indici importanți vitali, inclusiv FR și dispnee, FCC, evoluție semne de deshidratare, volum de lichide în proces de rehidratare orală, evaluarea probei cu Salbutamol ș.a.

Concluzia generală, privind nivelul de corectitudine a respectării prevederilor Protocolelor Clinice Naționale, a Ghidului de buzunar privind Asistența spitalicească oferită copiilor, precum și a practicilor de conduită clinico-terapeutică a infecțiilor respiratorii acute ale căilor respiratorii inferioare în vigoare este adecvată.

Activitatea 3.5. Auditul procedurii operaționale "Circuitul medicamentelor" nu a fost relizată fiind în curs de elaborare POS privind Circuitul medicamentelor în instituție..

Activitatea 3.5. Evaluări inopinate în funcție de necesități curente

Evaluarea privind investigarea copiilor spitalizați la nivelul vit.D

Perioada 22.09.2023- 05.10.2023

- Supuse evaluării 51 fișe medicale a bolnavului de staționar (F 003/e), din perioada lunilor iulie-august, anul curent, 2023, precum și registrele laboratorului clinico-biochimic
- Aspectele evaluate:
- calitatea descrierii statusului obiectiv, inclusiv manifestările musculo-scheletare și neurovegetative în fișa de observație a bolnavului de staționar;
- argumentarea documentată a investigației nivelului vit D;
- corectitudinea interpretării rezultatelor investigației vit D;
- argumentarea diagnosticului & diagnostic de externare în baza abaterilor depistate a nivelului vit.D;
- recomandări de corecție/tratament al abaterilor depistate ale nivelului vit.D.

Concluzia generală

- Calitatea documentării investigațiilor nivelului vit.D la copiii spitalizați, inclusiv calitatea conduitei clinico-diagnostice și de tratament realizate în funcție de abaterile identificate către medicii curanți are suficiente rezerve, care urmează a fi înlăturate și reevaluate periodic.

Recomandări

- Prezentarea rezultatelor auditului în cadrul ședinței medicilor instituției, cu indicarea lacunelor identificate.

- Audit repetat al calitatății documentării investigațiilor nivelului vit.D la copiii spitalizați, inclusiv calitatea conduitei clinico-diagnostice și de tratament realizate în funcție de abaterile identificate către medicii curanți în noiembrie-decembrie 2023.

Audit medical intern O. 4.. Analiza si diseminarea rezultatelor auditului medical în vederea consolidării continue a capacităților profesionale a angajaților și gestionării riscurilor

1. Raport semestrial de audit elaborat aprobat și discutat – realizat
2. Procese verbale ale discuțiilor Rapoartelor de audit semnate – realizat

Obiectivul specific III SMC. Asigurarea serviciilor medicale centrate pe siguranța pacientului și respectarea drepturilor acestuia

Asigurarea serviciilor medicale centrate pe respectarea drepturilor pacientului a fost realizată prin:

Monitorizarea aplicării:

1. Procedurii privind accesul la informațiile medicale personale
2. Procedurii de obținere a acordului informat
3. Acordurilor standardizate pentru intervențiile/procedurile de bază
4. Implementării PS privind păstrarea confidențialității actului medical

Obiectiv specific IV SMC. Îmbunătățirea performanței personalului medical din spital

Activități planificate la acest obiectiv conform Planului anual SMC :

1. Procedurile de audit medical intern aplicate pe parcursul anului, cu diseminarea rezultatelor și implementarea recomandărilor
2. Instruirea continuă a personalului medical, conform:
 - ✓ Planului aprobat de educație medicală continuă
 - ✓ Planului conferințelor științifico-practice a clinicii
 - ✓ necesităților identificate în baza auditului medical și solicitărilor curente

Activități în cifre:

- Audit medical realizat – 13, nerealizate – 2
- Evaluare satisfacție angajați – 1
- Evaluare satisfacție aparținători- 1

Concluziile generale ale activității SMC, 2023 sunt:

1. Alinierea continuă la baza normativă în vigoare, inclusiv PCN, PCI și alte documente specifice SMC, indicatorii de bază anual obținuți, precum și gradul de satisfacție al beneficiarilor, dar și al angajaților de peste 95% **certifică nivelul calității serviciilor prestate în cadrul instituției.**
2. Evaluările realizate în instituție, în cadrul auditului medical, prin recomandările trasate **contribuie la creșterea calității asistenței medicale acordate copiilor spitalizați.**
3. IMSP SCMC nr.1 este orientată pe **respectarea la cel mai înalt nivel a drepturilor, responsabilităților pacientului și accesul la serviciile medicale în toate cazurile de spitalizare, fapt demonstrat prin evaluări repetate a gradului de satisfacție.**
4. Activitatea SMC, cu diseminarea informației și indicarea neconformităților identificate în urma auditului medical intern, implicarea angajaților în elaborările POS, contribuie **la consolidarea continuă a capacităților profesionale a angajaților.**

Priorități pentru anul 2024

Sporirea continuă a calității actului medical și orientarea spre concept de "exelență" prin:

- I. Acordarea asistenței medicale copiilor în corespundere cu PCN și practicile internaționale contemporane
- II. Perfectarea continuă a calității documentării fișelor medicale și a documentelor emise pacientului (orientare spre varianta electronică), inclusiv prin identificarea și înlăturarea rezervelor în urma auditului medical
- III. Dezvoltarea continuă a bazei normative instituționale privind SCM (proceduri, evaluări, metode de răspuns)
- IV. Orientarea continuă spre comunicarea eficientă cu beneficiarii și respectarea drepturilor copilului
- V. Promovarea imaginii instituției, perfectare site, etc.

Șef Serviciu Managementul Calității



Iavorschi Irina