

# Raport de activitate al Consiliului Calității

## IMSP SCM nr.1

pentru perioada: 12 luni, anul 2016 (conform cerințelor anexei nr. 2 a regulamentului-cadru al consiliului calității aprobat prin ordinul MS nr. 139 din 03.03.2010 "Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare")

### A. PROBLEMELE PRIORITARE SOLUȚIONATE ÎN TRIMESTRUL DE RAPORTARE :

- Intensificarea procesului de autoevaluare în cadrul secțiilor spitalicești și subdiviziunilor spitalului.
- Aprecierea continuă a gradului de satisfacție a pacientului.
- Elaborarea continuă a protocoalelor clinice instituționale.
- Utilizarea auditului intern la evaluarea subdiviziunilor spitalului cu aprecierea punctelor slabe și oportunităților existente.
- Sporirea continuă a nivelului profesional al colaboratorilor medicali.

### SECȚIUNEA 1: ELABORAREA ȘI UTILIZAREA PROTOCOALELOR CLINICE INSTITUȚIONALE/ALE LOCULUI DE LUCRU

#### 1.1. Numărul și denumirea Protocoalelor clinice elaborate :

1. Conduita ginecopatelor cu salpingită acută și pelviperitonită
2. Conduita lăuzelor cu traumatism al țesuturilor căilor moi de naștere
3. Stările hipertensive în timpul sarcinii
4. Conduita nașterii în sarcina multiplă
5. Hemostaza conservativă al hemoragiilor disfuncționale
6. Spălarea mâinilor
7. Managementul sarcinii cu izo-sensibilizare după factorul Rh
8. Histeroscopia
9. Hemoragia postpartum
10. Managementul cuplului steril în cadrul secției consultative a Centrului Perinatologic SCM nr. 1
11. Glanda tiroidă și sarcina
12. Algoritm de conduită al lăuzelor care au suportat stări de proximitate de deces matern, transferate pentru îngrijirea nou-născutului la etapa II
13. Algoritm de conduită sarcinii cu uter cicatrizat
14. Stările de hipertensiune postpartum
15. Algoritm de conduită sarcinii cu placenta previa
16. Managementul reabilitării funcției după intervenții ginecologice
17. Acordarea asistenței medicale în hemoragiile în cazurile dezlipirii premature a placentei normal inserate

#### 1.2. Numărul de personal (pe categorii) instruit cu privire la utilizarea Protocoalelor clinice naționale/ instituționale/ale locului de lucru

Medici: 165 medici și 60 medici rezidenți

Asistente medicale: 180

Alt personal:

Total: 405

1.3. Au fost Protocoalele clinice instituționale distribuite la întreg personalul relevant  **Da** Nu

1.4. Au fost colectate comentariile personalului cu privire la Protocoalele clinice  **Da** Nu

### SECȚIUNEA 2: STABILIREA CERINȚELOR FAȚĂ DE CALITATEA SERVICIILOR. EVALUAREA ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII

#### 2.1. S-a efectuat Auditul fișelor medicale?

**Da** Nu

Dacă da, câte au fost auditate pe parcursul trimestrului?

Total anual s-a efectuat Auditul a ≈ 8000 de fișe medicale.

## 2.2 . Au fost depistate probleme? Specificați:

2.2.1. La diagnostic (5,0% din cazuri)

Da  Nu

2.2.2. La prescrierea medicamentelor (6,5 % din cazuri)

Da

Nu

2.2.3. La promptitudinea și succesiunea etapelor de tratament

Da

Nu

2.2.4. În perioada post-operatorială

Da

Nu

2.2.5. La îndreptarea pacienților la alți specialiști

Da

Nu

2.2.6. La rezultatele tratamentului pentru sănătatea pacientului

Da

Nu

2.2.7. La calitatea înregistrării și păstrării fișelor medicale

Da

Nu

Alte probleme (vă rugăm specificați)

Au fost depistate unele rezerve privind codificarea diagnosticelor conform DRG, necorespunderea diagnosticului principal cu procedura efectuată, erori la introducerea datelor la nivel de operator și calitatea scrisului.

## 2.3. Au fost modificate procedurile de Audit medical (a crescut numărul auditurilor? Auditurile s-au axat pe o anumită categorie de medici? S-a efectuat evaluarea de către colegi? etc.)? Da Nu Dacă răspunsul este „da”, vă rugăm să specificați detaliile modificărilor:

Conlucrarea membrilor comitetului „Auditul medical intern” cu membrii comisiei de evaluare lunară a indicilor de performanță, a dus la creșterea numărului de audituri în dependență de problema depistată și are un impact pozitiv privind evaluarea nivelului organizării activității secțiilor clinice și asigurarea calității serviciilor medicale prestate pacienților.

Auditul medical intern a fost axat pe diverse probleme prioritare propuse de către colaboratorii medicali și administrația spitalului. În cadrul secțiilor curative, lunar se efectuează autoevaluarea activității medicale de către colegi, iar o dată în an este organizat auditul intern pe problema respectivă.

## 2.4. Ce acțiuni au fost întreprinse în rezultatul Auditurilor medicale interne (instruirea suplimentară a personalului etc.)?

1. Instruirea personalului medical pe problemele depistate privitor la la modalitatea de ameliorare și evitarea acestora pe viitor.

2. Dotarea cu utilaj medical și tehnic a unor subdiviziuni.

3. Modificarea principiului de activitate în interiorul unor subdiviziuni.

4. Planificarea, utilizarea corectă și eficientă a surselor disponibile.

## 2.5. Consiliul Calității a studiat rezultatele Sondajului național privind gradul de satisfacție al pacienților efectuat de MS? Da Nu

## 2.6. A efectuat instituția Dvs sondaje proprii privind gradul de satisfacție al pacienților? Da Nu

Dacă da, ce acțiuni a recomandat Consiliul Calității pentru a remedia problemele identificate?

Au fost întocmite note informative după fiecare anchetare și rezultatele acestora au fost prezentate șefilor de secții, iar unele înaintate administrației, în scopul ameliorării serviciilor prestate ce țin de condițiile hoteliere, alimentare, sanitare, integritatea profesională, consilierea privind riscurile complicațiilor și beneficiile procedurilor medicale efectuate. Prioritar au fost supuși anchetării pacienții din cadrul serviciului neonatal-pediatric și obstetrical-ginecologic. Rezultatele anchetării pacienților pe perioada I semestru, au fost evaluate și analizate în cadrul unei ședințe de lucru a Consiliului Calității. La finele anului 2016, în conformitate cu propunerea înaintată de către membrii Consiliului Calității în cadrul unei ședințe, a fost introdusă pe site-ul instituției, ancheta electronică care este completată anonim de către pacienți deja după externare.

## 2.7. În instituția Dvs se efectuează monitorizarea implementării Protoalelor clinice naționale/ale locului de lucru? Da Nu

Dacă da, ce acțiuni a recomandat Consiliul Calității pentru a remedia problemele identificate?

Instruiri repetate cu personalului medical pe diverse tematici, evaluarea unor rezerve neutilizate în

cadrul ședințelor matinale ce se petrec săptămânal în secțiile curative.

2.8. A fost instituția Dvs supusă Auditului medical extern de către Centrul Național de Management în Sănătate?  Da  Nu

2.9. A examinat Consiliul Calității în mod direct reclamațiile pacienților?  Da  Nu

Dacă da, ce acțiuni au fost întreprinse pentru a soluționa reclamațiile pacienților?

Unele reclamații au fost examinate de către membrii Consiliului Calității cu discutarea fiecărui caz separat și întreprinderea măsurilor abordate de petiționar.

2.10. Enumerați indicatorii de monitorizare a calității utilizați în prezent de Consiliul Calității (utilizați o foaie suplimentară dacă este necesar):

**Consiliul Calității** include 14 comitete, care se axează pe anumite domenii și funcții:

1. Comitetul Formularul Farmaco-Terapeutic, farmacovigilența și evidența medicamentelor;
2. Comitetul Elaborarea și controlul implementării protocoalelor clinice instituționale;
3. Comitetul Controlul satisfacției pacienților;
4. Comitetul Auditul Medical Intern ;
5. Comitetul Formarea imaginii instituției;
6. Comitetul Analiza cazurilor de infecții nosocomiale;
7. Comitetul Instruirea și controlul întreținerii, spălării și prelucrării mâinilor;
8. Comitetul Supravegherea combaterii pediculozei și scabiei, profilaxia tifosului exantematic și BDA, toxiinfecțiilor alimentare și holerei;
9. Comitetul Supravegherea respectării regimului sanitaro-igienic și antiepidemic;
10. Comitetul Supravegherea metodelor de combatere și profilaxie a hepatitelor virale, HIV/SIDA și maladiilor sexual transmisibile;
11. Comitetul Analiza proximităților de deces matern;
12. Comitetul de Bioetică;
13. Comitetul Instruirea și aprecierea nivelului profesional al personalului medical;
14. Comitetul Auditul deceselor perinatale și infantile.

Structurile respective ale Consiliului Calității activează în conformitate cu regulamentele comitetelor fiind aprobate de către administrația instituției și planurile de activitate elaborate anual de către președinții comitetelor și aprobate de către președintele Consiliului Calității. La consolidarea procesului de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul instituției, participă fiecare comitet prin desfășurarea unor acțiuni indicate în planul de activitate incluzând următorii indicatori de bază privind monitorizarea calității serviciilor prestate: **activități de instruire, de evaluare și de analiză.**

2.11. Alte acțiuni ale Consiliului Calității sau desfășurate la inițiativa lui, legate de îmbunătățirea calității:

Consiliul calității pe parcursul anului 2016, s-a manifestat ca o structură importantă din cadrul spitalului, având la baza activității sale principii de autonomie, autocontrol, evaluarea activității subdiviziunilor instituției, aplicând principiul de audit intern cu dreptul de a da recomandări în scopul sporirii nivelului calității serviciilor medicale prestate.

Consiliul Calității acordă suport metodologic șefilor de secții și personalului medical în controlul și menținerea calității serviciilor medicale acordate.

Consiliul Calității asistă administrația spitalului în procesul de gestionare a calității asistenței medicale, inclusiv toate acțiunile legate de management și luare a deciziilor privind acordarea asistenței medicale calitative.

## **B: NOI SARCINI DE ÎMBUNĂȚIRE A CALITĂȚII (PENTRU URMĂTOARELE 6 LUNI )**

3.1. Care noi obiective, ce țin de îmbunătățirea calității, le planificați pentru următoarele 6 luni (în comparație cu această jumătate de an)

- Conlucrarea cu alte instituții privind ajustarea unor noi metode de consolidare a procesului de îmbunătățire continuă a calității asistenței medicale acordată în cadrul instituției.
- Elaborarea și implementarea unui sistem de supervizare a tinerilor specialiști.
- Dotarea subdiviziunilor spitalului cu unele dispozitive medicale performante, care vor avea un impact pozitiv la îmbunătățirea calității serviciilor prestate de instituția noastră.

Președintele Consiliului Calității: I. Arteni

semnătura  
Data