

Nr. 871/31.01.2020

MANAGER,
Jr. CORNEL VIERU

Catre Consiliul Medical si Comisia de Monitorizare

ANALIZA indicatorilor de eficacitate si eficienta ai PROCEDURILOR SI PROTOCOALELOR - 2019

In vederea stabilirii imbunatatirii proceselor desfasurate in spital, s-a analizat gradul de implementare si necesitatea de revizuire a procedurilor si protocoalelor. Toate structurile au analizat documentele pentru activitatile procedurate, in functie de specific.

Verificarea s-a facut de catre personalul utilizator, centralizate de catre sefii de structuri si verificate de catre RMC.

Ca metode de colectare au fost utilizate:

- Analiza procedurilor/protocoalelor – verificare text, legislatie, etc. – fise de analiza
- Discutii cu personalul care aplica procedurile
- Monitorizari
- Controale interne/externe
- Audit intern, clinic, extern

Indicatori analizati – indicatorii de eficacitate si eficienta valori propuse pentru 2019, conform tabelului.

I. AUTOEVALUAREA PROTOCOALELOR SI PROCEDURILOR

In vederea stabilirii imbunatatirii proceselor desfasurate in spital, s-a facut autoevaluarea gradului de implementare si necesitatea de revizuire a procedurilor si protocoalelor. Toate structurile au analizat documentele pentru activitatile procedurate, in functie de specific.

Autoevaluarea s-a facut de catre personalul utilizator, centralizate de catre sefii de structuri si verificate de catre RMC. Au fost prezentate fise de analiza a documentelor necentralizate de sectii, pr fiecare procedura/protocol in parte. Au fost analizate din punct de vedere al continutului, comparativ cu legislatia si ca aplicabilitate, luand in considerare procesele cu care interactioneaza.

In urma analizei, au fost inregistrate urmatoarele propuneri de modificari/imbunatatire pentru revizuirea documentelor, care vor fi prezentate spre analiza si aprobare in Comisia de Monitorizare.

II. ANALIZA PROTOCOALELOR

Metode de verificare:

- Analiza protocoalelor – verificare text, legislatie, etc. – completarea Formularului de analiza
- Discutii cu medicul curant
- Auditul clinic

Instrumentele si datele utilizate in evaluare

A. Observarea directa – completarea FO si concordanta cu protocolul specific

- Am verificat un numar de 10 FO lunar, prin sondaj, in timpul internarii si la externare, inainte de transmiterea FO la statistica:
 - anamneza cat mai completa (toate tipurile de afectiuni), prezenta documentelor medicale anterioare (la nevoie) – **completare corespunzatoare**, datele primite, evolutia,
 - verificare prevederilor protocolului – comparativ - recomandari investigatii, tratament, consulturi interdisciplinare – **concordanta, inregistrările sunt aproximativ lizibile**
 - solicitarea celei de-a doua opinie medicala de la meduici din spital sau din afara acestuia – **nu au fost inregistrate**
- Pe sectii – pacientii sunt repartizati in saloane pe tipuri de afectiuni septic/aseptic, grupe de afectiuni – respiratorii/digestive, etc, grupe de varsta (pediatrie) – confirmat**

B. Analiza abaterilor de la protocoale

- Recomandarile pentru investigatii si tratament au respectat protocolul – tip de investigatii, tratament – doza, cale de administrare, etc
- Nu au fost constatate abateri de la protocoale pentru FO verificate, in aceasta perioada

C. Autoevaluarea semestrială a indicatorilor de eficacitate si eficienta pt protocoalele aplicate

INDICATORII utilizati in analiza se regasesc in:

- Indicatorii de evaluare a protocoalelor si procedurilor, care se actualizeaza anual.
- Indicatorii de performanta ai managementului

INDICATORI DE EFICACITATE	Val tinta %	Val realiz
nr cazuri fara complicatii pentru primele 4 diagnostice mai frecvente	50	29.7
nr cazuri care au dezvoltat o complicatie acuta - pentru primele 4 diagnostice mai frecvente	50	22.12
DMS	5.28	5.16
Decese - primele 4 diagnostice mai frecvente	1	0
INDICATORI DE EFICIENTA	Val tinta %	
cost mediu direct al cazurilor care nu au dezvoltat complicatii - pentru primele 4 diagnostice mai frecvente	comparativ cu an ant	crescut
cost mediu direct al cazurilor care au dezvoltat o complicatie acuta - pentru primele 4 diagnostice mai frecvente	comparativ cu an ant	crescut
cost mediu direct decese	comparativ cu an ant	0 decese pt primele 4 dg

INDICATORI DE STRUCTURA	Valoare tinta %	Valoare realizata
intarziere in aprovizionarea cu medicamente si materiale sanitare/an	5	0
INDICATORI DE PROCES	Valoare tinta %	Valoare realizata
Abateri de la procedura/protocol/total internari/an	10	0
INDICATORI DE REZULTAT	Valoare tinta %	Valoare realizata
Cost mediu pe zi de spitalizare	730	660
DMS	5.26	5.16

Datele au fost colectate de la Biroul de statistica. Am analizat pentru primele 4 diagnostice, valorile indicatorilor din tabelul de mai sus.

Concluzii:

- Valorile realizate sunt in limitele asumate, cu usoare modificare de valori, determinate de particularitatile pacientilor pentru tipul de diagnostic analizat.
- Nu au fost inregistrate abateri de la protocoalele utilizate

Propuneri:

- Analiza semestrială a abaterilor de la protocoale si a indicatorilor de eficacitate si eficienta
- Revizuirea protocoalelor de diagnostic si tratament pana in decembrie 2020, in urma analizei acestora
- Audit clinic

III. Analiza indicatorilor de eficacitate si eficienta ai PROCEDURILOR

Metode de verificare:

- Analiza protocoalelor – verificare text, legislatie, etc. – completarea Formularului de analiza
- Discutii cu medicul curant
- Auditul clinic

Instrumentele si datele utilizate in evaluare

- Observarea directa

Am verificat, pentru un numar de 10 FO lunar, prin sondaj, din fiecare sectie/compartiment, gradul de completare si corectitudinea, inclusiv pentru planul de ingrijire, prezenta documentelor medicale anterioare (la nevoie) – **completare corespunzatoare**, datele primite, evolutia, etc

Liste de verificare

1. In desfasurarea auditului extern si intern, nu au fost inregistrate neconformitati
- **Monitorizari interne** – liste de verificare - au fost intocmite actiuni corective iar masurile stabilite au fost implementate

2. Pentru neconformitățile constatate în timpul controalelor interne/externe – au fost întocmite acțiuni corective iar măsurile stabilite au fost implementate

D. Analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență

INDICATORII utilizați în analiză se regăsesc în:

- Indicatorii de evaluare a protocoalelor și procedurilor, care se actualizează anual.
- Indicatorii de performanță ai managementului

INDICATORI DE STRUCTURA	Valoare tinta %	Valoare realizata
frecvența neconformităților procesului	10	1
articole neconf/total artic/echipam receptionat	5	0
auditori instruiți/nr. auditori	90	90
Genti transport/tip de produs UTS	100	100
personal care cunoaște procedura/nr. personal instruit (utilizatori)	100	100
Personal instruit/total pers care aplica PO	95	100
întârziere în aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare/an	5	0
INDICATORI DE PROCES	Valoare tinta %	Valoare realizata
Abateri de la procedura/protocol/total internari/an	10	0
abateri de la procedura/total transfuzii/an	1	0
Achiziții documentate complet/total achiziții	100	0
acțiuni corective implementate/total acțiuni corective /an	100	100
Aparate cu mentenanță conform planificării/total aparate	100	100
aplicari Plan Alb documentate/an	100	100
audituri realizate conform programării/nr. audituri programate	90	90
Cazuri sociale rezolvate/an	100	100
chestionare colectate/total chestionare distribuite	80	80
Conflicte rezolvate/conflicte sesizate	100	100
Contracte analizate/total contracte produse și servicii critice	80	100
Delegari de atribuții/an	20	5
Documente cu erori (număr de înregistrare, fără dovada transmiterii)/an	10	5
Documente Neconforme/acțiuni de promovare	1	0
documente incomplete pentru setul minim de date FO/an	1	0
dosare incomplete, returnate de ITM	5	0
erori de identificare a decedatului/total decedati/an	5	0
Erori de recoltare (rezultat neprocesat, rec. incorectă)	5	0
Erori de stabilire a drepturilor salariale/an	1	0
Erori în stabilirea funcțiilor sensibile	5	0
erori înregistrate/total transfuzii efectuate	0	0
Escare de dobandite în spitalul GH/an	10	0
Evenimente adverse raportate/an	90	5
Evenimente depistate activ/total raportate	5	0
evenimente documentate corect și complet/total evenim	90	100
Fise determinare suprafața arsa/arsuri/an	90	100

Fise necomplete/luna UTS	1	0
FO cu consimtamant/refuz semnat/total FO verificate	5	0
FO cu scorul durerii evaluat si inregistrat	50	50
FO incomplete/total FO/an	10	1
IAAM analizate/nr. IAAM analizate si masuri implementate/an	95	100
IAAM raportate/nr. IAAM depistate activ/an	5	0
ICD raportate/an	5	2
Incidente intraop/anest/nr interventii/an	10	0
Incidente postop./nr interventii/an	10	0
incidente/total transfuzati; nr. reactii adverse severe/total transfuzati – an	5	0
Luni fara chestionare/an/sectii	1	1
Monitorizari neconforme/total monitorizari/an CPIAAM	10	2
NN vaccinati/ nr. total NN	95	95
zile lipsa materiale din magazine/tip de material critic/an	5	0
accidente raportate/an	100	0
Posturi evaluate/an	10	0
posturi scoase la concurs/nr posturi propuse in Planul anual	75	75
probe pastrate/total transfuzii efectuate UTS	100	0
probe recoltate corect/nr probe recoltate	95	100
Probe recoltate/trimestru CPIAAM (plan autocontrol)	100	100
proceduri propuse/nr. proceduri aprob/intocmite	95	100
produse neconforme/total receptionat UTS	5	0
reclamatii programari/an/cabinet	10	0
Radiografii repetate/an (greseli de tehnica)	10	0
Rambursari/total documnete depuse	90	0
Rapoarte actiuni corective rezolvate /an	100	100
recipiente necorespunzatoare/luna UTS	5	0
Refuzuri consemnate/total pacienti	100	0
Registre incomplete/total registre specifice	10	0
Riscuri noi identificate/an	10	0
Salariati Eval/total angajati	100	100
sarje cu teste de verificare a sterilizarii POZITIVE/ nr. total de sarje	1	0
sectii/comp cu inregistrarea temperaturii/umiditatii in spatii depozitare medicamente	100	100
sedinte cu documentatie completa/nr sedinte/an	90	100
Simulari efectuate/nr simulari programate/an	90	100
situatii pierderi de date/an	1	0
solicitari in afara programului/an UTS	5	0
Suspendari alaptare/total NN	30	30
teste compatibile/total teste efectuate UTS	90	0
timpii de preluare si de tratament imediat Camera de Garda analizati	50	0
Transferuri critice/an	10	3
transfuzii efectuate fara incidente/total transfuzati	100	0
transporturi/total comenzi/an UTS	100	0
Truse RCP complete/nr.RCP/an	100	100

	5	0
zile de nefunctionare aparat/an		
INDICATORI DE REZULTAT	Valoare tinta %	Valoare realizata
accidente raportate/an	100	0
Contestatii/total fise	5	0
Cost mediu pe zi de spitalizare	730	660
DMS	5.26	5.16
EAAM raportate/an	90	100
EAAM dat erorilor (de tehnica, inregistrare, identificare, etc)	10	0
EAAM det de intreruperi in activitate	10	0
EAAM det de utilizarea echipamentelor neverificate/an	10	0
EAAM determinate de incendii/an	1	0
EAAM determinate de intreruperi in aprovizionare	5	0
EAAM petrecute in timpul transferului/an	5	0
erori raportate/total transfuzii efectuate	100	0
FO incomplete la controalele CAS/an	1	0
IAAM neanalizate/total raportat/an	5	0
IAAM cu CD/an	40	2
neconf neanalizate/total neconf constatate/an	5	0
neconformitati in legatura cu procedura/an	10	0
nr teste autocontrol poz recol/nr total teste autocontrol (din mat sterilizat)/ trim	5	0
Obiective nerealizate/an	10	1
RAC nerez/in prima etapa/total RAC emise	5	0
rata IAAM (cu escare)/an	5	0
rata IAAM /an (cauza contaminare)	20	0
rata IAAM /an (pacienti operati)	10	0
rata IAAM la proceduri invazive/an	10	0
rata IAAM/an cauzata de nerespectarea circuitelor	10	0
rata IAAM/an de cauza curatenie si dezinfectie	10	0
rata IAAM/an la pacienti cu arsuri	10	0
AES/an	1	0
Reclamatii in legatura cu procesul/an	10	0
Reclamatii/an (de la apartinatorii decedatilor)	10	0
reclamatii/sesizari din partea personalului UTS	5	0
starea la externare imbunatatita	90	90

Concluzii:

Valorile indicatorilor se incadreaza in valorile stabilite, dovedind astfel ca procedurile au fost implementate. Personalul a fost instruit si cunoaste procedurile.

Propunerile pentru revizuirea documentelor va fi analizata in Comisia de Monitorizare care va stabili termenul de realizare si responsabili.

Pentru neconformitățile constatate au fost întocmite Rapoarte de Acțiuni Corective. Măsurile de remediere au fost implementate, cu respectarea termenelor stabilite.

Măsuri de îmbunătățire

- Analiza anuală a procedurilor și protocoalelor, cu stabilirea măsurilor de revizuire pentru protocoale și proceduri
- Actualizarea indicatorilor și valorilor țintă, în urma analizei anuale a acestora.

Termen - 31.10.2020

Responsabili - șefii de secții/compartimente

Intocmit, RMC,
Vieru Maria



