

Nr. 2407/21.03.2020

Manager,
 Jr. VIERU CORNEL

REAUDITARE

EVALUAREA GRADULUI DE COMPLETARE FO SI A PLANULUI DE INGRIJIRE

Reauditarea managementului durerii are ca scop monitorizarea aplicarii masurilor propuse in urma auditului clinic pentru evaluarea performantei spitalului in managementul documentelor – FO, Plan de ingrijire

Argument/justificare- La auditul clinic efectuat s-au stabilit masuri de imbunatatire pentru care se verifica aplicabilitatea

Problema de audit: Evaluarea performantei spitalului in managementul documentelor – FO, Plan de ingrijire

OBIECTIV – Evaluarea eficacitatii si eficientei procedurilor specifice

I. STABILITEA CRITERIILOR SI STANDARDELOR

Stabilirea modului de evaluare a gradului de indeplinire a criteriilor de audit

- a. Surse pt. identificarea referentialelor aplicabile temei de audit (documente de referinta)
 - Proceduri – foaia de observatie si anexele, Stabilirea gradului de dependenta
 - Standarde ANMCS
- b. Stabilirea criteriilor conform documentelor aplicabile
- c. Stabilirea standardelor – valori tinta

Responsabila de studierea referentiale/stabilire criterii /standarde de audit este echipa de audit clinic.

Nr	CRITERII	STANDARI
1	Acordul pacientului/apartinătorilor este consemnat în FO/documentele medicale. Specificati ce formular	100%
2	Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	100%
3	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.	100%
4	În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor.	50%

5	Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate	50%
6	În FO este consemnata evaluarea initiala care precizeaza, dupa caz si riscurile pe care le prezinta pacientul (risc de cadere, escare, infectios, alte - enumerare)	90%
7	În FO există semnătura pacientului/apartinătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.	30%
8	Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.	90%
9	Ora la care se administreaza tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.	50%
10	Data/doza/ episod de expunere la radiații sunt înregistrate în FO/documentele medicale.	30%

II. COLECTAREA DATELOR

a. Tipul de audit realizat

– RETROSPECTIV – verificarea FO, plan de îngrijire

b. Date colectate – scopul propus

Prezenta acordului pacientului sau aparținătorului legal în FO, conforme

Scrisoarea medicala contine recomandari la externare

Inregistrarea consulturilor interdisciplinare, a investigatiilor paraclinice

Administrarea antibioterapiei – antibiograma, administrare, doza, ritm, etc

Inregistrarea efectuării/administrării tratamentelor în Planul de Îngrijire

Inregistrarea datelor pentru investigațiilor radiologice

Evaluare completare FO	INDICATORI	Conformitatea			O v:
		DA	NU	NA	
1	Acordul pacientului/apartinătorilor este consemnat în FO/documentele medicale. Specificati ce formular				
2	Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.				
3	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.				
4	În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor.				

5	Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate				
6	În FO este consemnata evaluarea initiala care precizeaza, dupa caz si riscurile pe care le prezinta pacientul (risc de cadere, escare, infectios, alte - enumerare)				
7	În FO există semnătura pacientului/apartinătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.				
8	Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.				
9	Ora la care se administreaza efectiv tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.				
10	Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale.				

Datele vor fi colectate cu ajutorul listei de verificare. Se completeaza cate o Lista pentru fiecare FO.

Se verifica Lista de verificare - prin PILOTARE si se fac modificarile necesare

c. Grupul Tinta = pacienti internati in sectiile/compartimentele cu paturi

d. Metode/instrumente de colectare a datelor

- Aplicarea Listei de verificare (selectare itemi – verificare documente – FO, plan de ingrijire)

e. Aplicarea fiselor colectoare de date - Se utilizeaza formularele de la auditul clinic initial

f. Planul de audit a fost transmis cu 5 zile inainte. Planul cuprinde:

1. Perioada de desfasurare - luna ianuarie 2020

2. Tip de studiu – RETROSPECTIV

3. Dimensiunea esantionului – 10% din foile spitalizare continua pentru luna ianuarie 2020

4. Criterii de audit/documente de referinta

Proceduri – foaia de observatie si anexele, Stabilirea gradului de dependenta

Standarde ANMCS

5. Procese auditate - Completarea documentatiei – FO, Plan de ingrijire

6. Instrumente de lucru utilizate - Liste de verificare, tabele colectare/centralizare date

7. Mod de colectare si prelucrarea a datelor – pe hartie si/sau electronic

8. Facilitati necesare – acces la Protocoale/Proceduri, acces la FO

9. Participanti la Audit – Echipa de audit, echipa medicala

III. PRELUCRARE/ANALIZA DATELOR

Nr	CRITERII		34 FO	22 Fzi	
			STANDARD ATINS %	STANDARD ATINS %	
1	Acordul pacientului/aparținătorilor este consemnat în FO/documentele medicale. Specificati ce formular	formulare	100	100	100
2	Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	DA	91.2	77.3	100
		NU	8.82	18.2	100
		NA	0	0	100
3	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.	DA	11.8	0	100
		NU	17.6	0	100
		NA	70.6	100	100
4	În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor.	DA	26.5	54.5	50
		NU	20.6	0	50
		NA	52.9	40.9	50
5	Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate	DA	5.88	9.09	50
		NU	11.8	18.2	50
		NA	85.3	77.3	50
6	In FO este consemnata evaluarea initiala care precizeaza, dupa caz si riscurile pe care le prezinta pacientul (risc de cadere, escare, infectios, alte - enumerare)	cadere	97.1	18.2	90
		escare	2.94	0	90
		carmelli	0	77.3	90
7	În FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.	DA	2.94	0	30
		NU	97.1	90.9	30
		NA	0	4.55	30
8	Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.	DA	41.2	0	90
		NU	11.8	0	90
		NA	47.1	100	90
9	Ora la care se administreaza efectiv tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.	DA	61.8	0	50
		NU	32.4	4.55	50
		NA	0	90.9	50
10	Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în	DA	5.88	0	30
		NU	14.7	0	30

	FO/documentele medicale.	NA	79.4	100	30
--	--------------------------	----	------	-----	----

Analiza datelor

C1- Acordul pacientului/aparținătorilor este consemnat în FO/documentele medicale 100% completate

C3 – Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.

- Diferenta negativa 37 % acum 8.82 % pentru a atinge valoarea propusa
- Pentru spitalizarea de Zi 77.3 valoare realizata

Max 100%

C4 – Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar - Max 100%

Din totalul de 16% pentru care se aplica indicatorul, au completat 5.88 %

Pentru spitalizarea de Zi – nu se aplica

C5 - În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor.

Din totalul de 47% la care s-a recomandat, pentru 26.5% s-au inregistrat

Pentru spitalizarea de Zi la 40.9 NA, 54.5 da

Max 50% - se incadreaza în valorile propuse

C6 - Ora, data efectuării consultatiilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate

Din totalul de 17% - 5.88 da

Pentru spitalizarea de Zi 18.2 da, 77.3 NA

C7 – In FO este consemnata evaluarea initiala care precizeaza, dupa caz si riscurile pe care le prezinta pacientul (risc de cadere, escare, infectios, alte – enumerare) - Max 90%

DA 97.1 % 18.2 % spitalizare de zi (maxim din foile la care se aplica)

C8 - În FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor - Max 30%

Zi 0 cu da, 90.9% nu

2.19% da

C15 - Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.

Spitalizare de Zi NA; Din 53% da pt 41.2% (max 90%)

C16 - Ora la care se administreaza efectiv tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.
90.9% Na la FZI

61.8% da cu max 50%

C17 – Data/doza/episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/doc medicale
Foi de Zi NA, FO 20% - cu da pt 5.88 (max 30%)

IV. EVALUAREA SITUATIEI SI A CAUZELOR, IDENTIFICAREA DOMENIILOR CARE NECESITA SCHIMBARE, PROPUNERE

Stabilirea concluziilor - Estimarea diferentelor si prezentarea punctelor slabe/tari

Pentru FO analizate:

1. Constatari pozitive

- Acordul pacientului/aparținătorilor pentru manevre medicale, prelucrarea datelor personale, este consemnat în FO/documentele medicale
- Planul de ingrijire – este utilizat in toate sectiile/compartimentele

2. Mai putin pozitive

- Nu se inregistreaza doza per episoade de expunere la radiatii la toti pacientii in FO
- Pacientii nu semneaza pentru primirea documentelor medicale la externare

Planul de ingrijire

- este utilizat in toate sectiile/compartimentele, cu exceptia Spitalizarii de zi, cu inregistrarea activitatii asistentilor medicali

Analiza cauzei de baza - Motivele pentru care nu se ating valorile propuse

- Managementul documentelor – completarea documentelor, a datelor specific (data, ora solicitarilor si efectuarii activitatilor de ingrijire si tratament)
- Comunicare – predarea/preluarea serviciului, inregistrarea tuturor datelor corect si la timp
- Personal – lipsa de instruire/de informare

Stabilirea recomandarilor - Se va actiona unde este diferenta cea mai mare

- Monitorizarea inregistrarii corecte si complete a datelor in documentele medicale inclusive doza de radiatii, si discutarea la intrunirile zilnice si lunare (Consiliul Medical)
- La predarea documentelor medicale pacientilor se va obtine semnatura acestora

Echipa de audit,

RMC - VIERU MARIA

Dr. CRAIU ANCA

Dr. MEREUTA OLEG