Nr. 556 din 15.01.2024

ACTIVITATEA MANAGEMENTULUI CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN ANUL 2023

I. INTRODUCERE

Structura de management al calităţii serviciilor de sănătate funcţionează în subordinea managerului, potrivit prevederilor Ordinului nr. 1312/250/2020 din 22 iulie 2020 privind organizarea şi funcţionarea structurii de management al calităţii serviciilor de sănătate în cadrul unităţilor sanitare cu paturi şi serviciilor de ambulanţă, în procesul de implementare a sistemului de management al calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului. Conform legislației, din structura de management al calităţii serviciilor de sănătate fac parte medici, referenți, referenți de specialitate sau consilier. În cadrul structurii de management al calității serviciilor de sănătate, personalul trebuie să facă dovada absolvirii unui program de formare în domeniul managementului calității în sănătate recunoscut de ANMCS sau să absolve acest program în maximum un an de la data încadrării în cadrul structurii și care ocupă, conform prevederilor legale în vigoare, un post cu normă întreagă de 8 ore pe zi/40 de ore pe săptămână sau cu fracţiune de normă potrivit Legii nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. Structura de management al calității serviciilor de sănătate este condusă de responsabilul cu managementul calității, denumit RMC. Rolul structurii de management al calității serviciilor de sănătate constă în planificarea, organizarea, coordonarea, îndrumarea metodologică şi monitorizarea activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului. Pentru realizarea obiectivelor specifice stabilite în conformitate cu obiectivul principal şi pentru îndeplinirea atribuțiilor sale generale şi specifice privind ansamblul mijloacelor și metodelor de asigurare şi îmbunătățire continuă a calității serviciilor de sănătate şi a siguranței pacientului, în conformitate cu cerințele standardelor adoptate de către ANMCS, structura de management al calității serviciilor de sănătate colaborează cu toate structurile din cadrul unității sanitare care oferă servicii de sănătate.

JUDEȚUL BISTRIȚA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000
IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR
SR EN ISO 15189:2013
CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037

II. OBIECTIVE SPECIFICE STABILITE PENTRU ANUL 2023

1. Dezvoltarea culturii organizaționale în vederea integrării în activitatea curentă a conceptelor de calitate și siguranță a pacientului

2. Pregătirea spitalului pentru etapa de evaluare ciclul II de acreditare ANMCS, prin coordonarea procesului de elaborare și monitorizare a eficienței documentelor calității;

3. Coordonarea implementării Planului anual de îmbunătățire al calității;

4. Implementarea sistemului de monitorizare a eficienței și eficacității în desfășurarea proceselor majore, inclusiv prin Auditul clinic de autoevaluare.

III. ACTIVITATEA DESFĂȘURATĂ PE PARCUSUL ANULUI 2023

Descrierea principalelor activități desfășurate pe parcursul anului 2023 pentru a răspunde obiectivelor specifice

Obiectiv 1. Dezvoltarea culturii organizaționale în vederea integrării în activitatea curentă a conceptelor de calitate și siguranță a pacientului

Activități desfășurate în vederea atingerii obiectivului:

La nivelul anului 2023 a fost realizată instruirea întregului personalului de conducere din cadrul secțiilor și compartimentelor privind managementul calității și managementul riscurilor. A fost prezentat modul în care măsurile stabilite pentru prevenirea și diminuarea riscurilor pot preveni producerea de Evenimente Adverse Asociate Asistenței Medicale, fiind analizate evenimentele adverse ce au survenit în cadrul secțiilor din SCJU Bistrița. Au fost prezentate procedurile de sistem și operaționale dezvoltate pentru prevenirea și limitarea riscurilor și modul în care respectarea modului de lucru previne apariția Evenimentelor Adverse Asociate Asistenței Medicale. Au fost analizate neconformitățile constatate în procesele de monitorizare și autoevaluare a eficienței și eficacității, modalitățile de soluționare și modul în care acestea ar fi putut conduce la materializarea riscurilor, în cazul în care nu ar fi fost semnalate la timp. Plecând de la analizele realizate semestrial de către medicii șefi/coordonatori, asistenții medicali șefi/coordonatori sau serviciile suport se subliniază rolul deosebit de important al monitorizării modului de implementare și al identificării la timp a neconformităților. Materialul a fost prezentat tuturor angajaților de către șefii de structuri, în urma instruirilor realizate de reprezentanții managementului calității.

Rezultat: asistenții medicali șefi/coordonatori au participat la instruire; medicii șefi/coordonatori au participat la instruire; întreg personalul din secții și compartimente a fost instruit de către medicii șefi/coordonatori, respectiv de către asistenții șefi/coordonatori

Obiectiv 2. Pregătirea spitalului pentru etapa de evaluare ciclul II de acreditare ANMCS, prin coordonarea procesului de elaborare și monitorizare a eficienței documentelor calității

JUDEȚUL BISTRIȚA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000 SYSTEMA CERTIFICARI SRL
IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR SR EN ISO 15189:2013 CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037

Activități desfășurate pentru atingerea obiectivului:

➢ Structura de management al calității serviciilor de sănătate a oferit sprijin coordonatorilor de structuri în vederea realizării autoevaluării prin intermediului Fișei de Autoevaluare în CaPeSaRo, a oferit informații privind modul de aplicare a cerințelor și a dezvoltat instrumente pentru desfășurarea proceselor specifice managementului calității în acord cu cerințele de acreditare;

➢ Pe parcursul anului 2023 Structura de management a calității serviciilor medicale s-a implicat în analiza modului de implementare a reglementărilor și în actualizarea constantă a procedurilor de lucru, pentru a răspunde cât mai prompt provocărilor întâmpinate de personalul medico-sanitar și auxiliar în cursul desfășurării activității medicale. În acest sens, au fost organizate grupuri de lucru, sesiuni de analiză și instruire;

➢S-au întocmit/pregătit, revizuit şi transmis în aplicaţia CaPeSaRo registrul cu un număr de 272 proceduri operaţionale, 148 protocoale medicale și 7 instrucțiuni de lucru, având atașați indicatori de monitorizare, indicatori centralizaţi de către responsabilul din cadrul Managementului Calității Serviciilor de Sănătate. Pentru transparenţa comunicării tuturor procedurilor și protocoalelor de la nivelul unității sanitare au fost încărcate în platforma electronică denumită în continuare *Intranet* şi diseminate pe mail-ul secţiilor care necesită implementarea procedurii, protocolului sau instrucţiunii de lucru;

➢ Au fost realizate observări directe în secții și compartimente, prin intermediul vizitelor de lucru fiind identificate neconformitățile ce necesită remediere imediată în colaborare cu asistentul medical șef/coordonator.

Rezultat: Toți șefii de structuri au fost consiliați cu privire la pregătirea pentru acreditare. Au fost stabilite măsurile necesare în vederea asigurării standardelor de calitate

Obiectiv 3. Coordonarea implementării Planului anual de îmbunătăţire a calităţii Activităţi desfăşurate în vederea atingerii obiectivului

Serviciul de management al calității serviciilor de sănătate coordonează implementarea Planului de management al calității, prin intermediul căruia, alături de Consiliul medical, au fost stabilite obiectivele pentru îmbunătățirea calității, activitățile necesare pentru atingerea acestora, resursele, responsabilii și termenele de realizare.

JUDEȚUL BISTRIȚA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000 SYSTEMA CERTIFICARI SRL
IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR
SR EN ISO 15189:2013
CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037

Obiectivele stabilite pentru îmbunătățirea calității și activitățile desfășurate pentru atingerea acestora sunt următoarele:

A. IDENTIFICAREA ARIILOR ȘI A PROCESELOR ADMINISTRATIVE ȘI CLINICE PENTRU IMPLEMENTAREA ACTIVITĂȚILOR DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CALITĂȚII

- Elaborarea (împreună cu Consiliul Medical), coordonarea şi monitorizarea implementării planului de management al calităţii serviciilor de sănătate;
- Evaluarea periodică a nivelului de conformitate cu standardele şi cu cerinţele de monitorizare postacreditare, adoptate de către ANMCS
- Informarea periodică a conducerii şi a personalului din cadrul unităţii sanitare cu privire la nivelul de implementare a planului de management al calităţii serviciilor de sănătate şi, după caz, actualizarea acestuia;
- Coordonarea şi monitorizarea elaborării documentelor calităţii (proceduri de sistem și operaționale, protocoale, instrucțiuni de lucru, regulamente, misiuni de audit- program anual si rapoarte, etc.) de către structurile de la nivelul SCJUB - Registrul documentelor calității (documente de elaborat + revizii ale documentelor existente)
- Asigurarea instruirii şi informării personalului din SCJUB cu privire la organizarea şi implementarea sistemului de management al calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului;
- Măsurarea şi evaluarea calităţii serviciilor furnizate de SCJUB :
  - **la nivelul pacientului:** chestionare de satisfacție, reclamații.

Au fost realizate analize lunare/semestriale și anuale la nivelul fiecărei secții/compartimente, atât pentru SMS Feedback cât și pentru chestionarele completate pe parcursul spitalizării fiind aduse la cunoștința personalului prin intermediul asistenților medicali șefi. În urma analizelor semestriale și anuale au fost stabilite măsuri de îmbunătățire a calității, a căror implementare a fost urmărită de SMCSS.

Analiza lunară a chestionarelor de evaluare a satisfacției pacienților la nivelul fiecărei secții are atât rolul identificării ariilor care necesită îmbunătățiri, cât și rolul conștientizării importanței muncii depuse și a rezultatelor privite prin ochii pacienților. Analizele au fost realizate lunar de către Serviciul de management al calității serviciilor de sănătate, fiind aduse la cunoștința personalului prin intermediul medicilor șefi/asistenților medicali șefi

- **la nivelul structurilor :** indicatori ai calității, pentru a stabili corespondența acestora cu cerințe sau niveluri prestabilite (frecvența : semestrial, anual)
- **la nivelul spitalului:** audituri, conform Programului anual de audituri 2023.

Auditul clinic este o metodă de autoevaluare, prin care se pot identifica eventuale dificultăți în implementarea protocoalelor medicale și necesitatea de îmbunătățire a practicii medicale curente

JUDEȚUL BISTRIȚA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000 IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR SR EN ISO 15189:2013 CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037

și a resurselor disponibile sau necesitatea de actualizare a protocoalelor utilizate. În acest sens, echipele de audit clinic responsabile de desfășurarea misiunilor de audit clinic de autoevaluare sunt constituite din membrii echipei medicale a secției/compartimentului la nivelul căruia se desfășoară analiza, sub coordonarea medicului șef, cu sprijinul tehnic al Serviciului de management al calității serviciilor de sănătate și al Echipei de coordonare a activităților de audit clinic. Auditul clinic ne aduce informații cu privire la ceea ce funcționează bine, elemente de bună practică, dar și cu privire la posibile deficiențe sau puncte slabe în desfășurarea procesului/activității analizate.

- Îndrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor din unitatea sanitară în activitatea de identificare şi de management al riscurilor;
- Monitorizarea elaborării, implementării şi evaluării eficacităţii/eficienţei procedurilor şi protocoalelor - conform cu lista indicatorilor de calitate a procedurilor din SCJUB, analize și rapoarte de analiză;
- Monitorizare procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului: morbiditate spitalizată, nr. CNP-uri internate, structura veniturilor şi a cheltuielilor, structuri cu paturi, activitate UPU, activitate Ambulatorul integrat şi mortalitatea pe cauze de boală, transmise semestrial la Autoritatea Națională de Management al Calității în Spitale prin intermediul Platformei electronice CAPESARO.
- Completarea şi actualizarea la zi a Registrului de măsuri în timp real cu toate probleme şi măsurile de la nivelul spitalului şi cu nivelul de îndeplinire dispuse în: şedinţe de Comitet Director, şedinţe de Consiliu Medical, şedinţe de lucru, controale ale diverselor instituţii abilitate (DSP), şedinţe de lucru etc. Registrul este pus la dispoziţia şefilor de structuri prin reţeaua intranet şi completat în timp real de către persoanele desemnate din cadrul MCSS -ului. Completarea şi actualizarea Registrului de riscuri, care se află încărcat pe intranetul spitalului

B. IDENTIFICAREA ȘI MONITORIZAREA EVENIMENTELOR SANTINELĂ, A EVENIMENTELOR ADVERSE ȘI "NEAR MISS"

În perioada 01.01.2023 - 31.12.2023 au fost înregistrate un număr de 338 evenimente adverse. Acestea au fost raportate de către echipa SMCSS către ANMCS prin intermediul platformei electronice, CaPeSaRo. Raportarea evenimentelor adverse se realizează în conformitate cu Ordinul Nr. 639/2016 din 18 octombrie 2016 pentru aprobarea Metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate, emis de ANMCS, în maxim 24 de ore de la apariția lor și este urmată în termen de 30 de zile de un raport de analiză a cauzelor care au dus la apariția evenimentelor. Prin intermediul raportului de analiză sunt stabilite măsurile necesare pentru prevenirea apariției lor în viitor.

C. INSTRUIREA CONTINUĂ A PERSONALULUI CU PRIVIRE LA PROCEDURILE PENTRU SIGURANȚA PACIENTULUI

JUDEȚUL BISTRIȚA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000 SYSTEMA CERTIFICARI SRL
IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR SR EN ISO 15189:2013 CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037

- Identificarea corectă a pacientului
- Îmbunătățirea comunicării între membrii personalului medical
- Siguranța medicației de risc înalt
- Reducerea riscului de cădere pentru pacienții internați
- Reducerea riscului de apariție a infecțiilor legate de actul medical

D. CONSIDERENTE GENERALE LEGATE DE MANAGEMENTUL RISCULUI ȘI EDUCAREA PERSONALULUI

1. *Managementul riscurilor*

Monitorizarea performanțelor și acțiunile de îmbunătățire - acesta este un proces permanent. În cazul în care datele arată că sunt necesare îmbunătățiri se inițiază o activitate de îmbunătățire.

Șefii tuturor secțiilor/compartimentelor medicale și departamentelor administrative au dreptul de a solicita activități de îmbunătățire pentru a crește calitatea serviciilor medicale și siguranța pacienților. SMCSS poate propune măsuri de îmbunătățire a proceselor împreună cu Comitetul Director, acesta din urmă fiind cel care raspunde de aplicarea măsurilor corective care se impun și determină care sunt activitațile care trebuie să fie întreprinse.

Identificarea riscurilor și reducerea acestora se realizează conform Politicii de management al riscurilor. Metoda de analiza este metoda de analiza proactiva a evenimentelor care ar putea implica un proces critic sau de risc înalt. Dupa identificarea probabilității, severității și șanselor de a se produce, se calculează un scor de risc pentru acest eveniment și se iau măsurile de siguranță necesare. După ce se implementeaza acțiunile corective, se recalculează scorul de risc pentru procesul respectiv.

2. *Comunicarea si educarea personalului*

Ținând cont de faptul că Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița este un furnizor de servicii medicale complexe, este important să se asigure o bună comunicare între departamente, iar educația personalului este esențială. Pentru a asigura participarea personalului la activitățile de îmbunătățire a calității, se propun urmatoarele activități:

1. Implementarea unui Plan de instruire/inducție a personalului la angajarea în cadrul spitalului. Unul dintre capitolele pentru educare este calitatea actului medical, regulile și regulamentele interne privind relația cu pacientul, documentarea actului medical și alte elemente care asigură siguranța pacientului.
2. Instruiri periodice ale personalului (trimestrial) pentru comunicarea rezultatelor auditurilor interne.

Alte activități desfășurate

➢ Serviciul de management al calității prin membru desemnat îndeplinește funcția de secretariat în cadrul Consiliului medical întocmind procese verbale

➢ Participă prin membri desemnați la şedinţele Comisiei Nucleu de Calitate şi a Comisie de Alimentaţie şi dietetică

➢ Au fost monitorizate condițiile de contractare CAS, fiind transmise informări punctuale cu privire la orice modificare survenită în condițiile de contractare.

➢ În cursul anului 2023, a fost întocmită și depusă documentația pentru încheierea noilor contracte cu CJAS Bistrița.

➢ Colaborarea cu responsabilul de site al spitalului pentru postarea anumitor documentelor specifice

➢ Pregătirea documentelor pentru auditul anual asupra implementării standardelor internaționale de calitate ISO, astfel:

- Sistemului de Management de Mediu în conformitate cu cerinţele ISO 14001:2015 (Domeniul de activitate acoperit de acest certificat este Servicii medicale spitaliceşti, ambulatoriu de specialitate, servicii medicale de explorări funcţionale, de recuperare medicală, explorări clinice),
- Sistemului de Management al Calităţii în conformitate cu cerinţele ISO 9001:2015 (Domeniul de activitate acoperit de acest certificat este Servicii medicale spitaliceşti, ambulatoriu de specialitate, servicii medicale de explorări funcţionale, de recuperare medicală, explorări clinice),
- Sistemului de Management al Sănătăţii şi Securităţii în muncă în conformitate cu cerinţele ISO 45001:2018 (Domeniul de activitate acoperit de acest certificat este Servicii medicale spitaliceşti, ambulatoriu de specialitate, servicii medicale de explorări funcţionale, de recuperare medicală, explorări clinice)
- Sistemului de Management al siguranţei în conformitate cu cerinţele ISO 22000:2018 şi cerinţelor adiţionale privind PRP-urile incluse în standardul tehnic ISO/TS 22002-02:2013 (Domeniul de activitate acoperit de acest certificat este Activităţi de alimentaţie tip cantină pentru spital actegoria E)

JUDEȚUL BISTRIȚA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000 SYSTEMA CERTIFICARI SRL
IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR
SR EN ISO 15189:2013
CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037

1. Îmbunătățirea indicatorilor de performată, de calitate, prin urmărirea și analiza constantă a indicatorilor
2. Creșterea satisfacției pacienților și îmbunătățirea calității pe baza feedback-ului oferit de pacienți
3. Îmbunătățirea calității actului medical, prin dezvoltarea unor programe de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea tratamentelor și autoevaluarea modului de implementare a protocoalelor medicale
4. Îmbunătățirea gradului de reglementare a proceselor cheie desfășurate la nivelul SCJU Bistrița
5. Dezvoltarea sistemului de monitorizare asupra modului de respectare a procedurilor și protocoalelor elaborate la nivelul spitalului
6. Îmbunătățirea managementului riscurilor la nivelul spitalului
7. Îmbunătățirea calității vieții profesionale și reducere a burnout-ului
8. Îmbunătățirea sistemului de raportare și gestionare a neconformităților
9. Gestionarea evenimentelor adverse survenite în furnizarea serviciilor medicale
10. Îmbunătățirea comunicării cu pacienții și a sistemului prin care spitalul asigură respectarea drepturilor pacientului
11. Dezvoltarea sistemului de control intern managerial
12. Coordonarea elaborării și implementării planului de management al calității
13. Dezvoltarea competențelor angajaților SCJU Bistrița în domeniul managementului calității

Director MCSS,

Cons. Mihaela Moruţan

JUDEŢUL BISTRIŢA NĂSĂUD Poarta Transilvaniei
ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ISO 22000
IAS ACCREDITED Management Systems Certification Body MSCB-173
acreditat pentru ANALIZE MEDICALE RENAR
SR EN ISO 15189:2013
CERTIFICAT DE ACREDITARE LM 1037