

Institutul Național de Endocrinologie "C. I. Parhon"



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



Avizat,
Director medical
As. Univ. Dr. Iuliana Gherlan



Aprobat,
Manager
Dr. Alexandru Velicu



PLAN DE IMBUNATATIRE A CALITATII SI SIGURANTEI PACIENTULUI 2022



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



1. Scop:

Scopurile acestui plan sunt:

- A. **Identificarea ariiilor si a proceselor administrative si clinice** care necesita imbunatatiri in acest moment in Institutul National de Endocrinologie C.I PARHON, principali indicatori de performanta pentru aceste imbunatatiri, modalitati de colectare si analiza, pentru implementarea activitatilor de **imbunatatire a calitatii**;
- B. **Raportarea, monitorizarea si prevenirea evenimentelor santinela**;
- C. **Stabilirea unui program** de implementare a tuturor activitatilor legate de asigurarea **sigurantei pacientului**.

Acest plan va reprezenta cadrul de lucru pentru imbunatatirea sigurantei pacientului si va permite managementului sa masoare si sa imbunataasca performantele organizatiei.

2. Domeniul de aplicare:

- in toate compartimentele/sectiile Institutului National de Endocrinologie C.I PARHON conform ASF nr. 1029bis/21.07.2021
- in toate serviciile INECIP, a caror activitate are influenta asupra Institutului National de Endocrinologie C.I PARHON.

3. Documente de referinta:

- ✓ Ord 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern/managerial al entităților publice
- ✓ Ordinul nr. 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului
- ✓ Ordinul 1312/2020 privind organizarea structurii de management al calității serviciilor medicale în cadrul unităților sanitare cu paturi din rețeaua MS și a autorităților administrației publice locale.
- ✓ Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
- ✓ Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare.
- ✓ Legea 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificarile si completarile ulterioare.

4. Domeniul de activitate:

Prezentul document este elaborat in concordanta cu misiunea, viziunea si valorile declarate la nivelul INECIP.

Misiune

Misiunea Institutului Național de Endocrinologie "C.I.Parhon" este de a presta un act medical de calitate, intr-un mediu confortabil, astfel încât pacienții să beneficieze de cele mai bune îngrijiri prin furnizarea unor servicii medicale de calitate, eficiente, oferind siguranta pacientului, cât și menținerea poziției de principal furnizor de servicii medicale în specialitățile endocrinologie, chirurgie endocrina, endocrinologie pediatrica la nivel national, astfel:

- de a oferi servicii de sănătate specifice, care să rezolve problemele de sănătate ale pacienților endocrini în cel mai eficace și eficient mod posibil și totodată de a promova dezvoltarea cercetării științifice de profil;



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ!



- de a excela în furnizarea de servicii de calitate pacienților, într-o atmosferă prietenoasă și un ambient plăcut;
- imbunatatirea permanentă a calității actului medical prestat, în acord cu standardele nationale și internationale;
- de a implementa soluții concrete pentru asigurarea formării profesionale continue a personalului medical și nemedical;
- de a asigura condiții optime pentru desfășurarea unui act medical de calitate, atât preventiv, cât și de diagnostic și tratament;
- de a se orienta către pacient, prin identificarea nevoilor și așteptărilor acestuia;
- de a efectua profilaxia bolilor transmisibile și netransmisibile, prin campanii de informare a populației cu privire la factorii de risc privind diverse afecțiuni.
- prestarea de servicii hoteliere în condiții de calitate și siguranță pentru pacienți;
- asigurarea continuării activității prin aprovisionarea cu produse și echipamente medicale de calitate și eficiente, specifice îngrijirilor de sănătate acordate;
- diversificarea serviciilor medicale acordate segmentului de populație deservit, și anume pacienții endocrini, ca urmare a identificării comorbidităților acestora, precum și în urma unei analize a cererii, pe piața de servicii medicale;
- menținerea certificării ISO 9001:2015
- reacreditarea de către ANMCS (Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate).

Viziune

Vrem să stabilim **cel mai înalt standard** în serviciile medicale private din România, bazat pe **cei mai buni medici**, printr-un **sistem solid**, însuflare de **respect și grija pentru oameni**.

În viziunea conducerii Institutului, reforma sistemului sanitar în spiritul respectului față de pacient și fata de banul public implică asigurarea unor servicii spitalicești de calitate, eficiente, care să răspundă așteptărilor pacienților. INE „C.I. Parhon” București își dorește să fie în continuare **un reper național în endocrinologia romanească**.

Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” urmărește îmbunătățirea stării de sănătate a populației și realizarea un sistem de sănătate modern și eficient, compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană, pus permanent în slujba cetățeanului. Spitalul va trebui să-și gândească viitorul nu numai la nivel de supraviețuire ci și ca oferănd de servicii diversificate și de calitate pentru utilizatorii din ce în ce mai diversi și cu noi asteptări.

Valori

- Impact în viața oamenilor
- Grija autentică pentru oameni
- Colaborare antreprenorială
- Integritate
- Învățare continuă

Acest plan acopera principalele domenii legate de planificarea și implementarea acțiunilor de îmbunătățire a calității și creșterii siguranței pacientului.

Planul de îmbunătățire a calității își propune să identifice activitățile cele mai relevante în acest sens, împreună cu indicatorii de performanță aferenti și obiectivele stabilite pentru acestia. Planul de



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ!



imbunatatire a calitatii devine valid odata cu aprobarea acestuia de catre Managerul INE C.I PARHON si de catre Directorul Medical.

Planul de imbunatatire a calitatii si indicatorii de calitate sunt integrati cu Politica de Calitate, Planul de management si Strategia INE C.I PARHON si cu Planurile anuale de management al riscurilor, intocmite separat pentru fiecare arie de risc identificata in cadrul Politicii de gestiune a riscurilor.

Obiectivele Institutului Național de Endocrinologie "C.I.Parhon" sunt:

- creșterea continuă a calității actului medical cu scopul final de a asigura creșterea calității vieții pacienților si implicit a aparținătorilor acestora;
- orientarea către pacienți prin creșterea încrederii în serviciile medicale furnizate și prin dezvoltarea permanentă a gamei de servicii;
- oferirea unui maximum de confort pacientului pentru îmbunătățirea calității vieții, prin stabilirea cu acuratețe a diagnosticului precoce și a unui tratament cât mai specific.
- diversificarea gamei de servicii medicale printr-o modernizare permanentă;
- plasarea permanentă a pacientului în centrul atenției;
- asigurarea eficacității și eficienței actului medical, prin autoevaluarea și îmbunătățirea continuă a protocoalelor de diagnostic și tratament precum și a procedurilor privind organizarea acordării serviciilor de sănătate;
- creșterea calității actului medical prin pregatire profesională continuă a întregului personal medical;
- organizarea și îmbunătățirea comunicării între profesioniști, între personalul medical si pacient și aparținători;
- gestionarea riscurilor specifice activităților desfășurate în institut;
- creșterea gradului de utilizare a resurselor printr-o mai bună planificare a activității;
- creșterea gradului de satisfacție a pacienților;
- creșterea gradului de satisfacție a angajaților;
- creșterea gradului de confort hotelier;
- conformarea cu cerințele legale aplicabile activității spitalului in domeniul calității

Actiuni principale care trebuie intreprinse in vederea imbunatatirii calitatii:

- Stabilirea ariilor de activitate care necesita imbunatatiri in cursul anului 2022.

Stabilirea acestor arii se va face prin analiza urmatorilor indicatori din anii precedenti:

- evolutia indicatorilor de calitate
- evenimente adverse din anii precedenti
- sesizari si feedback-uri ale pacientilor
- rapoarte de audit intern
- propuneri venite din partea personalului din fiecare locatie

Serviciul de Management al Calitatii a identificat o serie de arii ce necesita imbunatatire si monitorizare la nivelul institutului. Prioritizarea acestora, precum si stabilirea actiunilor specifice de imbunatatire este facuta de catre sefii de sectii/comp, servicii, sub coordonarea SMCSS.

Alte actiuni care trebuie sa fie indeplinite:

- Stabilirea de responsabilitati in procesul de asigurare a sigurantei pacientului;
- Cresterea gradului de constientizare a personalului, crearea unei culturi organizationale bazate pe siguranta pacientului;
- Intalniri periodice ale comitetelor multidisciplinare si grupurilor de lucru pentru facilitarea participarii personalului la activitatile de imbunatatire a calitatii (ex: Comisia de Farmacovigilenta, grupul



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ!



multidisciplinar de lucru in vederea mentinerii acreditarilor-membrii Comisiei pt pregatirea in vederea acreditarii);

- Diseminarea in randul personalului a informatiilor despre statusul activitatilor si crearea unei culturi privind imbunatatirea calitatii;
- Asigurarea unei comunicari eficiente intre managementul organizatiei si personal pentru o mai buna cunoastere si asumare a activitatilor de imbunatatire a calitatii;
- Imbunatatirea satisfactiei tuturor partilor interesante, inclusiv a personalului si pacientilor;
- Sustinerea angajatilor in atingerea obiectivelor de calitate si incurajarea procesului de luare a deciziilor in mod proactiv.

A. IDENTIFICAREA ARIILOR SI A PROCESELOR ADMINISTRATIVE SI CLINICE PT IMPLEMENTAREA ACTIVITATILOR DE IMBUNATATIRE A CALITATII

A.1. Procesele cheie si ariile strategice pentru imbunatatire

Procesele privind managementul calitatii serviciilor in Institutul National de Endocrinologie C.I PARHON au fost evaluate in cadrul raportului privind calitatea si siguranta pacientului din 2021, analiza reclamatiilor si a incidentelor petrecute in 2021, precum si din initiative inregistrate de la sefii de sectii si compartimente.

I. Arii de imbunatatiri pentru 2022:

1. Imbunatatirea Planului de ingrijiri medicale
2. Implementarea auditului clinic
3. Implementarea si verificarea respectarii prevederilor Codului de Etica si deontologie profesionala
4. Utilizare si updatare a aplicatiei Hipocrate la nivelul structurilor medicale, pentru modulele “Plan de ingrijiri” si “Raport predare-primire ture”.

II. Procese cu monitorizare permanenta

A. Tinte internationale:

- Identificarea pacientului
- Comunicarea standardizata la schimbul de tura
- Comunicarea si documentarea rezultatelor in urgență/ critice
- Medicatia cu risc+trusa urgență
- Igiena mainilor
- Evaluarea riscului de cadere in spital si ambulator
- Completare Check List interventie chirurgicala (FOCG)

B. Prevenirea si controlul IAAM

- Implementarea programului de utilizare judicioasa a antibioticelor
- Monitorizarea timpului de curatenie intre interventii in blocul operator.
- Monitorizarea programului de screening pentru colonizarea cu germeni multirezistenti
- Respectarea conditiilor de izolare pentru pacientii pozitivi cu virusul SARS-CoV2
- Rata de contactare a pacientilor cu screening pozitiv
- Monitorizarea sistematica a planului anual de control al IAAM



C. Documentarea actului medical

- Imbunatatirea completarii documentelor medicale

D. Calitatea si siguranta actului medical

- Monitorizarea utilizarii protocoale de ingrijire
- Asigurarea indrumarii noilor angajati de catre sefii/coord. structurilor medicale sau nemedicale
- Participarea la planul anual de instruire a personalului
- Efectuarea periodica a mentenantei/service-ului pentru echipamentele medicale la risc existente in spital si respectarea programului de verificare periodica a acestora conform contractelor de service incheiate cu furnizorii externi (defibrilatoare, monitoare, echipamente ATI, ventilatoare).

E. Raportarea si analiza evenimentelor adverse

- Identificarea corecta a EAAAM la nivelul sectiilor/compartimentelor medicale
- Completarea corecta a rapoartelor de analiza a EAAAM si a Planului de masuri specifice
- Raportarea in termen de 24 de ore a EAAAM identificate
- Implementarea masurilor propuse in Planul de masuri
- Reinstruirea personalului dupa producerea evenimentului, dupa caz
- Verificarea implementarii masurilor de catre seful structurii unde s-a produs evenimentul

F. Documentarea corecta a actului medical

- Documentarea FOCG si a anexelor acesteia (plan de ingrijire, medicatie, etc)
- Completarea corecta a acordului informat
- Monitorizarea documentarii actului anestezic

G. Complianta cu normele de functionare in laboratorul de radiologie LRIM

- Respectarea normelor de siguranta radiologica
- Complianta cu procedurile de prevenire IAAM

H. Complianta laboratoarelor de analize medicale cu normele de functionare

- Procent probe neconforme
- Conformitatea controalelor externe
- Respectarea in timp asumat a rezultatelor in urgență

I. Satisfactia pacientului prin analiza chestionarelor de satisfactie a pacientilor

J. Managementul resurselor umane – monitorizare insertie personal nou angajat

K. Dezvoltarea continua a resurselor umane in vederea cresterii calitatii serviciilor prin participarea personalului medical la cursuri de formare profesionala

L. Pregatirea pentru dezastre

- Elaborarea Planului Alb
- Implementarea procedurilor de sistem care reglementeaza situatii de urgență
- Actualizarea Listei pentru depozitul de calamitati si a Listei pentru produse rechizitionabile



A.2. Prioritizarea arivelor de imbunatatit

Procesul se realizeaza luand in considerare recomandarile tintelor internationale de siguranta a pacientului si Politica de calitate.

Arii comune de imbunatatit	Impact	Risc	Scor final	prioritate
Imbunatatirea Planului de ingrijiri medicale	4	4	16	1
Implementarea auditului clinic	5	3	15	1
Utilizare si updatare Hipocrate la nivelul structurilor medicale pt modulele "Plan de ingrijiri" si "Raport predare-primire ture"	3	2	6	3
Implementarea si verificarea respectarii Codului de Etica si deontologie profesionala	2	2	4	3
Documentare act medical	2	2	4	4
Prevenirea IAAM	4	4	16	1
Imagistica	4	3	12	3
Management resurse umane	5	3	15	4
Management echipamente	4	3	12	2
Pregatirea pentru dezastre	5	3	15	1

A3. Strategia de implementare

Obiectivul nr 1: Atingerea si mentinerea tintelor internationale pentru siguranta pacientilor la nivelul Institutului National de Endocrinologie C.I PARHON.

1. Comunicarea eficienta in cadrul procesului de ingrijire
 - a. Comunicarea la transferul de responsabilitate-crearea unei forme standardizate de predare a pacientilor la schimbul de tura; instruirea asistentelor; implementare 100%
 - b. Comunicarea rezultatelor critice ale investigatiilor-confirmarea listei de valori critice si asigurarea trasabilitatii prin documentarea tuturor masurilor luate pentru pacient
2. Managementul medicatiei la risc
 - a. Crearea de OPIS-uri de medicatie pentru fiecare aparat de pe sectie
 - b. Asigurarea procesului de verificare periodica si documentare
 - c. Imbunatatirea sistemului de depozitare si etichetare a medicatiei la risc
3. Diminuarea riscului de cadere a pacientilor in ambulator prin:
 - a. identificarea pacientilor aflati la risc
 - b. implementarea si documentare masurilor de siguranta (implementarea unui plan de ingrijire a pacientului la risc in ambulator)

Obiectivul nr 2: Prevenirea si controlul infectiilor asociate asistentei medicale

1. Monitorizarea timpului de curatenie intre interventii in blocul operator
 - a. identificarea unei metode de monitorizare
 - b. comunicarea permanenta a rezultatelor monitorizarii catre medicul sef de bloc operator, pentru a discuta cu personalul implicat
2. Respectarea procedurilor de curatenie si dezinfectie, efectuarea instruirilor periodice, recoltarea probelor de sanitatie, respectarea planului de autocontrol



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



Obiectivul nr 3: Im bunatatierea documentarii actului medical

1. Instruirea tuturor medicilor nou-angajati cu privire la particularitatile documentelor medicale in sectiile si compartimentele medicale si completarea dosarului medical electronic (Hipocrate).

Obiectivul nr 4: Im bunatatierea calitatii si sigurantei actului medical

1. Implementarea procesului de insertie pentru medicii si asistentele medicale nou angajate, prin:
 - prezentarea sistematica a tuturor procedurilor si protocalelor in vigoare pe sectia respectiva
 - participarea tuturor asistentelor medicale nou-angajate la cursurile specifice de insertie asigurate de OAMGMAMR
 - distribuirea formală (cu semnatura si parafa de luare la cunostinta) si prin platforma INTRANET a procedurilor, protocalelor, reglementarilor interne
2. Monitorizare program de verificare periodica a echipamentelor cu risc: defibrilatoare, monitoare, echipamente ATI (monitorizare, ventilatoare).

A.4. Implementare

In anul 2022, se realizeaza un plan individualizat de imbunatatire a calitatii, care integreaza toate elementele de mai sus. Planul de actiune va fi coordonat de catre responsabilul de calitate, medical din SMCSS si directorul medical. Pentru fiecare dintre activitati se definesc responsabili si termene de implementare, care vor fi monitorizate periodic.

Pentru fiecare din ariile selectate pentru imbunatatire, se definesc unul sau mai multi indicatori de performanta (conform documentelor de referinta prezентate la sfarsitul documentului). Indicatorii vor masura gradul de implementare a planului de calitate si sunt analizati astfel:

- la momentul demararii acestui plan (cand se defineste punctul de pornire, precum si tinta);
- periodic, prin:
 - audit intern/de calitate efectuat de catre responsabilul de calitate;
 - audit clinic efectuat de catre echipa de audit clinic stabilita prin decizie de manager
 - monitorizare continua, realizata de responsabilii de calitate.

Implementarea planului de calitate se face de catre echipa SMCSS, prin urmatoarele activitati:

- sesiuni de comunicare a obiectivelor catre personal
- comunicari privind nivelul indicatorilor pe care ii monitorizam (anual)
- organizarea de sesiuni de instruire
- audit intern, comunicarea rezultatelor catre personal si sesiuni de monitorizare si feedback privind implementarea recomandarilor;
- audit clinic

A5. Leadership

Procesul de implementare a planului de calitate incepe in momentul in care managementul (manager, director medical) isi demonstreaza angajamentul pentru atingerea obiectivelor de calitate propuse. Concret, managerul trebuie sa supravegheze indeaproape, la intervale regulate, progresurile inregistrate. Managerul are un rol esential pentru depasirea unor bariere comune, cum sunt slaba comunicare intre clinicieni si management, transmiterea de informatii incomplete, fragmentate sau constituirea unor structuri functionale/ comitete/consilii ineficiente si incompleta integrate.



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



Angajatii Institutului National de Endocrinologie C.I PARHON sunt responsabili individual pentru implementarea masurilor de siguranta a pacientului si imbunatatire a calitatii. In fisa postului fiecarui angajat (personal medical) este mentionata responsabilitatea de a furniza ingrijiri de sanatate in concordanta cu standardele de calitate; fisile de post ale personalului administrativ cuprind responsabilitati specifice fiecarei activitati privind respectarea standardelor/cerintelor in domeniul calitatii. De asemenea, este responsabilitatea fiecarui angajat de a raporta evenimentele santinela, pentru analiza si monitorizarea acestora.

Raportarea datelor

Rezultatele monitorizarii, auditurilor si analizei datelor sunt aduse la cunostinta personalului interesat, dupa cum urmeaza:

- ✓ raportari periodice in sedintele Comitetului Director si Consiliu Medical in cadrul INECIP
- ✓ sedintele personalului din spital
- ✓ Rapoarte de audit intern si audit clinic

B. IDENTIFICAREA SI MONITORIZAREA EVENIMENTELOR SANTINELA, A EVENIMENTELOR ADVERSE SI 'NEAR MISS'

Identificarea si monitorizarea evenimentelor santinela, a evenimentelor adverse si "near miss" este importanta, fiind sursa principala de date pentru evaluarea riscurilor la nivelul Institutului National de Endocrinologie C.I PARHON

Sistemul este descris in Procedura de identificare si raportare a evenimentelor santinela. In momentul in care se identifica un eveniment santinela, se va efectua o analiza detaliata a situatiei si se va nota in registrul de raportare a evenimentelor santinela.

Obiective:

- implementarea Procedurii de identificare si raportare a evenimentelor santinela si initierea procesului de analiza a acestora;
- incurajarea personalului Institutului in vederea raportarii unui numar cat mai mare de evenimente.

Indicator monitorizare: nr. evenimente raportate, din care se pot selecta evenimentele santinela si "near miss".

Activitatile desfasurate in 2022 vor fi:

1. Stimularea personalului pentru a utiliza aplicatia de raportare
2. Monitorizarea si analiza evenimentelor inregistrate
3. Asigurarea feedback-ului catre management, departamentul de calitate si personal

C. CONSIDERENTE GENERALE LEGATE DE MANAGEMENTUL RISCULUI SI EDUCAREA PERSONALULUI

Managementul riscurilor

Identificarea riscurilor si reducerea acestora se realizeaza conform PS Managementul riscurilor.

Metoda de analiza este o metoda de analiza proactiva a evenimentelor care ar putea implica un proces critic sau de risc inalt. Dupa identificarea probabilitatii, a impactului si a gradului de expunere, a sanseelor de a se produce, se calculeaza un scor de risc si se iau masurile de siguranta necesare. Dupa ce se implementeaza actiunile corective, se recalculeaza scorul de risc pentru procesul respectiv.



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ!



In procesul de analiza, identificare si imbunatatire a proceselor din spital poate fi implicate orice membru al personalului care este instruit in legatura cu procesele de imbunatatire a calitatii. Membrii cheie ai personalului vor fi instruiți pentru a utiliza aceste metode.

D. CONCLUZII

Prioritizarea nevoilor pacientilor este misiunea care ne ghideaza activitatea zilnica.

Calitatea îngrijirilor medicale în condiții de siguranță rămâne o preocupare permanentă a institutului.

De asemenea, percepția pacientului asupra calității serviciilor medicale oferite de institut este foarte importantă pentru noi.

Astfel, aplicarea regulată a chestionarelor care să măsoare satisfacția pacienților și punerea în aplicare a unui sistem de măsurare a calității serviciilor medicale oferite, care să fie centrat pe pacient și pe nevoile acestuia, va permite în continuare îmbunătățirea calității actului medical în instituția noastră.

ANEXELE NR 1 si 2 sunt parte integranta a prezentului plan de imbunatatire a calitatii.

Intocmit,
RMC – ec. Diana Peride

Medic SMCSS
As. Univ. Dr. Sabina Oros

Institutul Național de Endocrinologie
"C. I. Parhon"



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



Member of... Federation
RiR SIMTEX
 CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
 ISO 9001



unitate aflată în
 PROCES DE ACREDITARE
 CICLUL al II-lea

ANEXA 1 - PLAN DE IMBUNATATIRI SI PROCESE NOU IMPLEMENTATE

CATEGORIE/ DIMENSIUNE CALITATE	STANDARD	METODA	Frecventa masurare	TARGET	RESPONSABIL
Imbunatatirea Planului de ingrijiri medicale	Implementarea planului actualizat de ingrijiri medicale	Sedinte interne cu asistentii sefi ai sectiilor/compartimentelor cu paturi Instruire interne la nivelul sectiilor privind modul de completare a planului de ingrijiri Determinarea gradului de dependenta pentru pacientii internati	anual	100%	Asistent sef spital Asistenti sefi sectii si compartimente
Implementarea auditului clinic	Realizarea a cel putin doua misiuni de audit clinic/an	Constituirea echipei de audit clinic Intocmirea programului de audit Intocmirea planului de audit Elaborarea raportului de audit	anual	100%	Medic SMCSS Director Medical Medici cu certificat in domeniul in auditului clinic - membrii in echipa de audit clinic
Implementarea si respectarea Codului de Etica si deontologie profesionala	Actualizarea codului de etica si deontologie profesionala	Implementarea Codului de etica si deontologie profesionala Realizarea instruirilor privind prevederile Codului de etica Respectarea prevederilor Codului de etica	semestrial	100%	Consiliul Etic Intreg personalul medical si nemedical angajat Director medical RMC
Utilizarea si updatearea aplicatiei Hipocrate la	Dezvoltarea si updatearea aplicatiei Hipocrate	Updatarea aplicatiei Hipocrate pentru Raportul de predare-primire pacient intre ture si Plan de ingrijiri Desvoltarea aplicatiei Hipocrate astfel incat sa permita printarea diverselor rapoarte	semestrial	100%	Asistent sef spital Asistenti sefi sectii si compartimente Medici sefi sectii Medic SMCSS

Institutul Național de Endocrinologie
"C. I. Parhon"



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



nivelul structurilor medicale	centralizatoare pentru perioade diferite de timp: nr. externari, nr. internari, nr. transferuri, etc Instruirea tuturor medicilor nou-angajati cu privire la particularitatele documentelor medicale in sectiile si compartimentele medicale si completarea dosarului medical electronic (Hippocrate).			Responsabil calitate Responsabil IT
Documentare act medical	Acord informat - Monitorizarea completarii corecte a acordului informat, pe sectii (audit FOCG) - Monitorizarea completarii acordului informat in ambulatoriu (acord specific) - Instruire personal	anual	100%	Medic SMCSS Medici sefi sectiilor/coordonatorii Asistente sefe Responsabil calitate
Dezvoltarea si monitorizarea planurilor de ingrijire pe sectii	- Monitorizare plan de ingrijiri (audit FOCG)	anual	100%	Asistent sef sectie Medic SMCSS Responsabil calitate
Completare FOCG	- Monitorizare completaare FOCG - Reinstruire medici	anual	100%	Responsabil calitate Medic sef sectie Medic SMCSS
Plan de prevenire a IAAM	- Elaborare plan - Difuzare - Desfasurarea activitatilor din plan - Verificarea respectarii planului	anual lunar	100%	Director medical Medic epidemiolog Medic SMCSS
Autocontrol	Elaborare plan de recoltare probe autocontrol Recoltare probe de autocontrol conform hartii zonelor cu risc si a planului de recoltare	anual lunar	100%	Medic epidemiolog
IAAM	Recoltare probe autocontrol	Conform planificare	100%	Medic epidemiolog As. CPIAAM
	Instruirea infirmierelor si ingrijitoarelor de curatenie in ceea ce priveste curatenia in	Conform planificare	100%	Medic epidemiolog

Institutul Național de Endocrinologie
"C. I. Parhon"



Misiunea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



		grupurile sanitare și saloane, verificarea aplicării procedurii de curătenie, pentru prevenirea IAAM.			As. CPIA AM Asistente sefe
Managementul resurselor umane	Insertie personal	Centralizare insertie asistenti medicali	permanent	100%	Asistente sefe Medici sefi RUNOS
	Centralizator medici si asistente	Centralizare insertie medici (Ghidul nouului angajat)			
	Evaluare medici	Centralizare	permanent	100%	Asistente sefe Medici sefi RUNOS
Instruire					Director medical Medici sefi
		Plan anual instruirii medici, asistente, infirmiere			Asistente sefe Medici sefi
		Instruire infirmiere - proceduri de curatenie si dezinfecție			Director medical
		Instruire asistenti medicali			
		Instruire medici			
Cursuri de formare profesionala		Cursuri BLS, ALS – centralizare			
		Plan de formare profesionala medici si asistente	Permanent	100%	Director medical
		Participare cursuri de formare profesionala medici si asistente			Medici sefi Asistente sefe RUNOS
Management echipamente					
	Centralizare echipamente	Contracte service si mentenanta Monitorizare plan de mentenanta Audit intern	Permanent semestrial	100%	Manager Medici sefi sectii Sef birou administrativ
Pregatirea pentru dezastre	Plan alb	Simulari pentru cutremur/ incendiu (evacuari grele) Punct de intalnire in SU - marcaje curte spital	Conform plan	90%	Resp. PSI, SU Director medical Sefi structuri



ANEXA 2 - PLAN MENTINERE / MONITORIZARI

MONITORIZARE PROCESE	MASURI	Frecventa masurare	TARGET	Responsabil
Identificarea pacientului	Monitorizarea etapelor care implica identificarea pacientului	semestrial	100%	Medici sefi sectii Asistente sefe Medici SMCSS
Comunicarea standardizata la schimbul de tura	Monitorizare proces (raport predare tura asistenti medicali) Implementarea in aplicatia Hipocrate a Raportului de predare-primire pacient intre ture	semestrial	100%	RMC Medici SMCSS Asistent sef spital Asistente sefe sectii
Comunicarea si documentarea rezultatelor in urgență/ critice	Identificare cauze de întârziere rezultate Asigurare trasabilitate rezultate critice	trimestrial	100%	Medic sef laborator, RMC Medici SMCSS
Igiena mainilor	Implementare formular actualizat OMS Mentinere program OMS	semestrial	100%	RMC Medici SMCSS Asistent sef spital Asistente sefe sectii
Evaluarea riscului de cadere in spital si ambulator	Audit FOCG si monitorizarea completarii scalei de evaluare pentru riscul de cadere	anual	100%	RMC Asistent sef spital Asistente sefe sectii
Completere check list BO (FOCG)	Audit FOCG Audit intern	anual	100%	Medici SMCSS Medici coord. BO As. coord. BO
Documentarea actului medical/ proceselor medicale	Documentarea FOCG si a anexelor (plan de ingrijire, medicatie, monitorizare, evaluarea riscului infectios la internare, programare externare)	Audit FOCG	anual	100% RMC Medici SMCSS Medici sefi sectii Asistente sefe sectii

Institutul Național de Endocrinologie

"C. I. Parhon"



Misunarea noastră: DUMNEAVOASTRĂ



	Gradul de completarea a dosarelor medicale electronice	Reinstruire medici				Asistent sef spital
Laborator Analize medicale	Respectarea in timp asumat a rezultatelor in urgența	Verificare cauze intarziere rezultate, cu sef laborator	semestrial	100%	Medici sefi sectie	
	Probe laborator neconforme	Monitorizare raport electronic	lunar	100%	Medic sef laborator analize medicale	
Laborator radiologie si Imagistica Medicala	Audit siguranta radiologica	Monitorizare in cadrul auditului intern	trimestrial	< 2%	Sef laborator analize medicale Responsabil calitate	
Sectii si compartimente medicale cu paturi	Raportare evenimente adverse	Monitorizare raportare EAAAM	semestrial	>90%	RMC Medic SMCSS Sef LRIM	
		Identificarea, analiza și raportarea cazurilor EAAAM produse	permanent	100%	Director medical Medici sefi sectii Asistentii sefi Medic SMCSS RMC	