

**PLAN DE AUDIT CLINIC**  
**KARDINAL ONE MEDICAL**  
**2020**

<< Auditul clinic este parte integranta a Guvernantei Clinice a unui sistem de sanatate,iar Guvernanta Clinica reprezinta cadrul general pe baza caruia se poate determina responsabilitatea organizatiilor din sanatate pentru imbunatatirea continua a standardelor privind calitatea serviciilor si siguranta pacientului,prin asigurarea unui climat propice pentru dezvoltarea excelentei clinice >>

**British Medical Journal , 4 July 1998**

**Auditul clinic** intern compara practicile de asistenta medicala in baza unui referential pentru a stabili calitatea acestor practici si rezultatul ingrijirii in vederea imbunatatirii lor .

**Auditul clinic** este cel mai complex instrument de analiza retrospectiva a activitatii.

**Auditul clinic** trebuie desfasurat sistematic,astfel incat sa faca parte din expertiza furnizorului de servicii medicale .

**Auditul clinic** nu garanteaza calitatea actului medical,dar garanteaza ca unitatea face un act medical de calitate .De aceea,temele propuse auditarii trebuie sa fie prioritati ale unitatii respective .

**Auditul clinic** ajuta la:

- **stabilirea nivelului de competenta** al unui spital dat de:

- resursa umana
- experienta echipei
- existenta resurselor necesare
- existenta protocoalelor

-**evaluarea corecta a nevoilor medicale si internarea asumata** in functie de **nivelul de competenta**

- autoevaluarea practicii** fiecarei sectii prin analiza periodica
- identificarea evenimentelor adverse** si analiza lor

**Auditul clinic** trebuie :

- sa fie un **proces educational** care sa faca parte din practica de rutina
- sa se bazeze pe **standarde cunoscute**
- sa concluzioneze- **schimbari organizationale**
  - schimbari de reglementare la nivelul sistemului**

**Eficacitatea si eficienta** actului medical se definesc prin :

1 -**maximizarea rezultatelor** care conteaza pentru pacient /beneficiilor pacientului cuantificate prin - supravietuire

-functionalitate -gradul de recuperare dupa boala

-intervalul de timp pana la revenirea la activitatea normala ,anterioara imbolnavirii

-prejudiciile suferite

2-**reducerea evenimentelor adverse**

3-**costuri minime pentru sistem**

**Temele de audit** tin seama de :

-frecventa unei practici -cu cat o practica este mai frecventa ,cu atat creste riscul erorilor aferente ei

-existenta unei mari variabilitati in cadrul aceleasi practici

-caracterul critic pentru pacienti

-potentialul de imbunatatire si de motivare a profesionistilor

**Managerul entitatii** -stabileste : - contextul /utilitatea misiunii de audit

-obiectivul/durata misiunii

-echipa de audit

-seful echipei de audit

-participa la - desfasurarea misiunii de audit

- la comunicarea rezultatelor

Activitatea echipei de audit este **voluntara** si **neremunerata** .

**Echipa de audit** trebuie sa posede abilitati metodologice ,sa fie profesionisti in tema implicata .Optim ea cuprinde intre 4 -10 persoane , obligatoriu un membru al SMC si un membru din structura auditata .

Echipa de audit clinic este parte integranta a **SMC** .

Misiunile de audit se planifica **anual** .

In cazul in care se produc evenimente indezirabile ,echipa de audit poate propune managerului **misiuni suplimentare**.

Pot propune misiuni de audit -managerul

-SMC

-orice structura functionala din cadrul spitalului

-sefii de sectie

Odata stabilite **scopul** si **obiectivele** misiunii de audit ,se parcurg etapele:

**-alegerea temei**

**-alegerea referentialelor**

**-colectarea datelor**

**-prelucrarea datelor**

**-stabilirea concluziilor si a unui plan de masuri**

**-implementarea schimbarilor**

Este obligatorie **auditarea rezultatelor** prin monitorizare ,astfel incat au loc

-colectarea unui nou set de date

-analiza datelor reevaluate

-analiza imbunatirilor obtinute

**Referentialele** pot fi :-ghiduri clinice

-standarde nationale si internationale

-ghiduri metodologice

-reglementari legale /administrative

**Indicatorii** vizati se grupeaza in:

**-indicatori de structura** -privesc resursele umane,materiale, organizationale etc

**-indicatori de proces** -se refera la procesele de ingrijire ,de comunicare ,de luare a deciziilor etc

**-indicatori de rezultat** -masoara consecintele proceselor asupra evolutiei clinice sau asupra starii pacientilor

Un indicator este o dovada admisa de majoritate ca permite o apreciere obiectiva ,valida,cu privire la conformitatea practicii evaluate .

**Indicatorii** pot fi **-calitativi** -stabilesc nivelul de conformare binar -DA/NU

**-cantitativi**-stabilesc valori numerice

Un indicator trebuie sa : - reflecte realitatea

- fie relevant pentru calitate

-fie realizabil

- fie validabil

- aiba potential de imbunatatire

-aiba o valoare tinta ,optim exprimata procentual

**Tipul de studiu** in cadrul misiunii de audit poate fi :

**-abordarea prospectiva**

**-observarea directa**

**-abordarea retrospectiva**

**Analiza datelor** are drept scop adoptarea masurilor necesare reducerii diferentelor intre practica reala si referentialul de bune practici ,prin identificarea **cauzelor** diferentelor constatate ,care pot fi de natura - profesionala

-organizationala

-institutionala

-personala

Pentru fiecare criteriu deficitar va fi identificata natura problemelor .

Se vor prioritiza cauzele luand in considerare frecventa,gravitatea si consecintele acestora

**Diagrama Pareto** stabileste ca 20 % din cauzele identificate sunt responsabile de 80 % din erori .

**Planul de imbunatatire** este un ansamblu de masuri corective care difera in functie de frecventa si severitatea consecintelor determinate de diferentele relevate de auditul clinic .

**Schimbarile** asteptate pot viza practici,mijloace,protocoale terapeutice ,proceduri etc

In concluzie ,auditul clinic este un domeniu nou de activitate,pentru care personalul nu este inca suficient pregatit , cu o organizare mai mult formala si cu o rezistenta a profesionistilor fata de evaluarea activitatii profesionale .

## PLANUL DE AUDIT CLINIC 2020

1. Auditarea protocoalelor terapeutice de la nivelul compartimentelor clinice (mentionarea bibliografiei, a mentionarii indicatorilor de structura necesari pt implementarea lor, atat materiali cat si de resurse umane ,daca contin date referitoare la continuitatea procesului de ingrijire in etapa postspital ,daca sunt precizati indicatorii de evaluare a rezultatelor ,daca contin precizari cu privire la echipa de elaborare ,daca sunt aprobati de Consiliul medical si SMC .)

Responsabil-RMC si Director medical

2. Auditarea gradului de respectare a Ghidului national de triaj 2019-monitorizarea timpilor de asteptare de la camera de garda ,de la prezentare pana la prima evaluare medicala

Responsabil- RMC si coordonator camera de garda

3. Auditarea parametrilor de activitate -DMS mediu /sectie,DMS mediu /caz DRG ,comparativ cu DMS national pe sectie cu acelasi profil si pe acelasi cod DRG

-cost mediu /caz

-cost mediu/boala

-cost mediu/ boala /comparativ intre medici pt

acelasi diagnostic principal DRG

Responsabil-RMC,director medical ,director financiar

4. Corelarea consumului de medicamente /materiale sanitare cu adresabilitatea

Responsabil RMC- /director medical

5. Auditarea externarilor la cerere -cauze

Responsabil- RMC si director medical

6. Auditarea eficientei utilizarii serviciilor de sanatate din spital

Responsabil- RMC,director medical,director financiar

7. Auditarea consumului de medicamente pe sectii/medic/pacient

Responsabil- RMC si director medical

8. Auditarea consumului de antibiotice pe medic/sectie/pacient

Responsabil- RMC ,CPCIAAM,,director medical

9. Auditarea nivelului de conformare a personalului medical/nemedical la cerinta de formare profesionala si educatie medicala continua

Responsabil -RMC , Runos ,director medical,asistent coordonator

10. Auditarea numarului si cauzelor de transfer interspitalicesc

Rresponsabil- director medical med, RMC

11. Analiza abordarii integrate a cazurilor din perspectiva multidisciplinaritatii/transdisciplinaritatii/interdisciplinaritatii ,ca mijloc de crestere a calitatii actului medical

Responsabil -director medical ,RMC

12. Auditarea gradului de educare /implicare /constientizare a pacientului ca partener in procesul de ingrijire

Responsabil- asistent sef,RMC ,director medical

13. Auditarea concordantei intre necesarul estimat al resurselor umane si cel existent in compartimentele clinice din perspectiva OMS 1224/2010 ,dar si a volumului,complexitatii ingrijirilor medicale ,gradului de dependenta al pacientilor

Responsabil -RMC , Runos,asistent sef,director medical

14. Auditarea nivelului de implementare al standardului << COMUNICARE >> din OSG 600/2018 –evaluarea pe teren a satisfactiei pacientului din perspectiva comunicarii cu medicul curant si personalul de ingrijire –asistenti si infirmiere medicale

Responsabil-RMC ,director medical,asistent sef

15. Auditarea pe teren de catre personalul SMC a gradului de satisfactie al pacientilor din perspectiva calitatii hranei,confortului hotelier ,atitudinii personalului medical,acordarea la timp si de calitate a serviciilor medicale (respectarea orarului de administrare a medicatiei,recoltarea analizelor ,efectuarea investigatiilor etc

Responsabil -RMC

Comisiile de audit vor fi stabilite ulterior .

**Rezultate asteptate** -cresterea gradului de satisfactie al pacientilor tratati

-scaderea numarului de evenimente adverse

-scaderea numarului de reclamatii

-scurtarea timpilor de asteptare

-scaderea ratei de transfer

-scaderea mortalitatii intraspitalicesti

-acreditarea cu nivel ridicat de incredere in urma auditului ANMCS

**Indicatori monitorizati**-numar chestionare de satisfactie cu peste 90 % grad de satisfactie declarat

medical

- rata transferurilor catre alte unitati spitalicesti
- timpii de asteptare de la prezentarea la spital si pana la primul consult
- indicele de mortalitate
- nivelul de acreditare
- numar de evenimente adverse raportate
- numar de rapoarte de audit cu neconformitati