



Informe de Qualitat 2016

Programa de Qualitat

Juny 2017

ÍNDEX

RESUM	2
ASSOLIMENT OBJECTIUS 2015-2016	3
VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2016)	5
PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (<i>PROJECTES ESTRELLA</i>)	15
NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENT ADVERSOS	17
SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (ACREDITACIÓ I ISO)	18
OBJECTIUS 2017-2018	19
COMISSIÓ DE QUALITAT	21

RESUM

La implicació dels professionals clínics és essencial per garantir uns bons resultats de les accions de millora de la qualitat. En aquest sentit, s'ha impulsat la figura del referent de seguretat, assolint, a finals de l'any 2016, una elevada cobertura, especialment en les àrees d'infermeria. En l'actualitat hi ha 64 referents de seguretat en el Parc de Salut MAR. Conseqüentment, durant l'any 2016 es va observar un fort increment de les notificacions d'esdeveniments adversos (119 notificacions més), però especialment valorables són les accions de millora derivades de l'anàlisi causal dels esdeveniments adversos notificats. Una part important d'aquestes accions estan liderades pels referents de seguretat. Són exemples d'aquestes accions l'acord per a la lectura de radiografies preoperatòries o la revisió del circuit de prescripció/administració d'acenocumarol en l'àmbit de salut mental.

És un èxit que gran part dels objectius pactats en l'any 2016 en el marc de la Direcció Participativa per Objectius (DPO) estiguin orientats a la millora de la qualitat i seguretat del pacient. El Programa de Qualitat vol i necessita que les diferents unitats clíniques tinguin línies de treball en qualitat pròpies i específiques i, de fet, fa anys que el programa les potencia. Creiem que la DPO és un marc propici per incentivar-les. Alguns d'aquests objectius tenen un caràcter transversal, com pot ser la millora del control de dolor o la incentivació de la notificació d'esdeveniments adversos, però d'altres són clarament específics de les àrees clíniques implicades, com per exemple els temps d'atenció urgent en infart o ictus.

Al ser el primer any d'implementació de la DPO, necessàriament caldrà fer-ne una avaluació i redreçar aquells aspectes susceptibles de millorar. Però cal destacar la bona acollida que ha tingut introduir-hi objectius de qualitat. En les edicions dels anys vinents es vol que, en la mesura del possible, els objectius de qualitat inclosos en les DPO reflecteixin les necessitats de millora detectades en cadascuna de les diferents àrees clíniques.

A més d'introduir la figura del referent de seguretat i incentivar objectius de qualitat per àrea clínica, en el període 2015-16 es van plantejar altres objectius, com l'anàlisi epidemiològica del sistema de vigilància de problemes relacionats amb la medicació, l'avaluació de la identificació activa dels pacients i la consolidació d'una eina sistemàtica d'indicadors de qualitat per àrea clínica.

Entre els nous reptes que el Programa de Qualitat del PSMAR assumeix en els pròxims anys hi ha la millora de la informació que es dona al pacient, l'increment de les accions derivades de la notificació d'esdeveniments adversos - que seguirem incentivant-, protocol·litzar la gestió dels fàrmacs d'alt risc i millorar el compliment de la llista de comprovació quirúrgica (*check-list* quirúrgic). A més, es seguirà apostant per la participació activa del màxim nombre de professionals en accions de millora de la qualitat, incentivant projectes i reconeixent professionalment aquestes accions, com pot ser a través dels "projectes estrella" o de les pròpies DPO.

ASSOLIMENT OBJECTIUS 2015-2016

El Programa de Qualitat del Parc de Salut MAR defineix objectius biennals, proposats per la Comissió de Qualitat del Parc de Salut MAR i posteriorment elevats per a la seva aprovació en el Consell de Direcció.

Per al bienni 2015-2016 es varen definir dos grans objectius, un relacionat amb la seguretat i l'altre amb l'efectivitat clínica.

Impulsar accions prioritàries que contribueixin a millorar la seguretat dels pacients

Justificació: L'organització treballa l'estratègia de la seguretat dels malalts seguint el lideratge d'institucions tant internacionals com nacionals. Malgrat les accions i les iniciatives dutes a terme, es detecten eines que encara no estan funcionant d'una manera prou eficient tot i que són prioritàries per avançar en la cultura de la seguretat del pacient. Per això es van plantejar les següents accions com a objectius bianuals del Programa de Qualitat (2015-16).

Objectius específics:

- ✓ Crear la figura de Referent de Seguretat (mèdic i d'infermeria) per àrees clíniques.
- ✓ Incentivar la notificació d'esdeveniments adversos i les anàlisi causa-arrel.
- ✓ Millorar la comunicació interna dels esdeveniments adversos identificats i de les accions realitzades.
- ✓ Avaluació de la identificació activa dels pacients.
- ✓ Sistematitzar l'anàlisi epidemiològica del sistema de vigilància dels Problemes Relacionats amb els Medicaments (PRM) que duu a terme el Servei de Farmàcia i realitzar informes periòdics dels resultats.

Grau d'assoliment dels objectius:

- ✓ Actualment hi ha 64 referents de seguretat (38 d'infermeria i 26 de medicina) que cobreixen pràcticament la totalitat d'àrees assistencials de tots els centres. En comparació amb l'any 2016, hi ha 17 referents de seguretat més. S'han seguit fent sessions informatives a les unitats assistencials recordant la necessitat de comunicar l'error, així com sessions formatives als referents de seguretat.
- ✓ Durant l'any 2016 es van notificar 207 esdeveniments adversos, el que suposa un increment important respecte l'any 2015, que va tenir només 88 notificacions. Dels casos notificats s'ha fet l'anàlisi causa-arrel de 21 casos.
- ✓ Continuem amb la política de més transparència i comunicació. Així, totes les persones que notifiquen i s'identifiquen i els referents de seguretat de les àrees implicades reben informació de l'anàlisi del cas i de les accions que se'n deriven.
- ✓ S'han fet observacions d'identificació activa amb un resultat que manifesta que el compliment és del 98.75%. S'ha continuat treballant per implantar la retolació dels vasos de medicació oral amb les inicials del nom del pacient i el número de llit i s'han fet sessions a diferents col·lectius de professionals per a recordar la importància de la identificació activa dels pacients.
- ✓ S'ha realitzat l'anàlisi conjunt dels PRM del 2014 i 2015. En aquest període s'han detectat 4.587 PRM, el que implica una taxa de 10,2 PRM per cada 100 ingressos, afectant el 6,5% dels pacients ingressats en el mateix període.

Definir objectius i indicadors de qualitat per serveis o àrees clíniques

Justificació: Continuïtat de l'objectiu previ 2013-2014. Donada l'envergadura de l'objectiu i la implementació de les Direccions Per Resultats al PSMAR, es considera oportú prorrogar aquest objectiu per al període 2015-2016.

Objectius específics:

- ✓ Generar una dinàmica de renovació d'objectius de qualitat que comporti formular anualment objectius de qualitat en els serveis o àrees clíniques en què ja s'ha començat a treballar (Nefrologia, Cardiologia, Digestologia, Geriatria, Anestèsia, Psiquiatria, Neurologia, Cirurgia Vasculard, Hematologia).
- ✓ Incloure progressivament aquells serveis en què s'implementin les Direccions Per Resultats (DPR) i els serveis de suport Banc de Sang i Anatomia Patològica.
- ✓ Crear un quadre d'indicadors de qualitat transversals i específics per serveis. El quadre d'indicadors transversals serà el mateix per a tots. El quadre d'indicadors específics inclourà el seguiment dels objectius de qualitat.

Grau d'assoliment dels objectius:

Es considera que s'ha assolit l'objectiu. La transformació de les DPR a DPO i l'aplicació d'aquestes a tot el PSMAR ha suposat que en el 2016 es desenvolupessin objectius específics per Unitat de Gestió DPO (UdGDPO) de l'àrea assistencial. Això es tradueix en què pel 2017 tots els serveis assistencials tenen entre 1 i 4 objectius de qualitat, la majoria en tenen 2. Aproximadament la meitat dels objectius de qualitat són transversals i estan alineats amb els objectius de qualitat de la institució (veure taula).

Objectiu	Nombre d'Unitats de Gestió DPO
Notificació esdeveniments adversos	22
Control del dolor	11
Qualitat dels informes d'alta	8
Manteniment catèters	6
Desaprofitament de la sang	5
ISO i relacionats	5
PROA (Programa d'Optimització d'Antibiòtics)	4
Check-list quirúrgic	3
Higiene de mans	3
Informes d'alta dels èxits <7 dies	2
Prescripció electrònica transfusions	2
Colonoscòpies PDCCR <8 setmanes (Pla de Salut)	2
Entrega VINCAT (Pla de Salut)	2
Dolor a l'alta de Reanimació	2

La resta d'objectius són específics de cada unitat. Una bona part d'aquests objectius es corresponen amb requeriments imposats pel CatSalut al PSMAR, la majoria amb repercussió econòmica.

El quadre d'indicadors de qualitat transversals ja és operatiu i accessible a través de l'IMASIS pels perfils de Cap de Servei, Cap d'Unitat i Indicadors de Gestió. Aquests indicadors es poden visualitzar per combinacions d'àmbit, centre, servei i unitat d'hospitalització.

VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SisQual 2016)

El resum dels aspectes més destacats del indicadors de qualitat de l'any 2016 és el següent:

RESUM	Variació respecte 2015	Situació respecte l'estàndard	Accions realitzades
Satisfacció i fidelitat atenció sociosanitària	↑	millor	
Caigudes	↑	pitjor	Nou protocol, acompanyament pacients salut mental
Úlceres per pressió	↑	millor	Revisió protocol, formació, recanvi llits
Bacterièmies associades a catèter	↑	similar	Consolidació PICCS (protocol, formació, personal, manteniment)
Infecció ferida quirúrgica artroplastia genoll	↓	millor	
Infecció ferida quirúrgica cirurgia colorectal	↓	millor	Millora en la profilaxis antibiòtica
Reingressos	↑	pitjor	Reforç Hospital de Dia
Complicacions	↓	millor	

Avaluació del dolor

Avaluació del dolor (Aguts)	Valor dels indicadors		
	2014	2015	2016
Avaluació sistemàtica del dolor (%)	83,9%	87,5%	88,4%
Pacients amb dolor [EVA>3] més de dues vegades seguides (%)	7,1%	7,7%	8,4%

S'observa un increment en el percentatge de pacients en què s'avalua el dolor almenys un cop cada torn, arribant a un alt grau d'assoliment. Tanmateix, el percentatge de pacients que, durant la seva estada, hagin tingut una intensitat del dolor superior a 3 en l'Escala Visual Analògica (EVA) més de dues vegades seguides ha incrementat lleugerament.

Queixes, reclamacions, agraïments i satisfacció

Queixes, reclamacions i agraïments	2014	2015	2016
Reclamacions per 1000 actes			
Urgències (contactes)	2,20	2,10	2,70
Hospitalització (altes)	10,20	7,90	9,00
Consultes externes (primeres consultes i sessions hospital de dia)	5,30	4,80	5,20
Agraïments	460	471	532

En el nombre de reclamacions per activitat s'ha incrementat en les diferents àrees. En el cas de Consultes Externes s'explica per les dificultats d'accés telefònic als telèfons de programació. Paral·lelament, el agraïments han experimentat un increment del 13% respecte l'any 2015.

Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA)	Valor dels indicadors		
	PSMAR 2013	PSMAR 2016	Catalunya 2016
Atenció Urgent Hospitalària			
Satisfacció	7,4	7,0	7,5
Fidelitat	81%	70%	80%
Atenció a l'embaràs, part i puerperi			
Satisfacció	7,9	8,4	8,3
Fidelitat	83%	72%	83%
Atenció sociosanitària			
Satisfacció	7,2	9,0	8,4
Fidelitat	86%	95%	92%
Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental Ambulatoria d'Adults (CSMA)			
La Mina			
Satisfacció	8,3	8,5	8,1
Fidelitat	86%	88%	83%
Sant Martí Sud			
Satisfacció	7,41	7,7	8,1
Fidelitat	70%	80%	83%
Sant Martí Nord			
Satisfacció	7,53	7,65	8,1
Fidelitat	80%	78%	83%
Martí Julià			
Satisfacció	7,7	7,5	8,1
Fidelitat	81%	73%	83%

L'any 2016 el Departament de Salut, dins del Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA), va realitzar enquestes a usuaris del PSMAR de les àrees d'atenció urgent hospitalària, sociosanitària, embaràs, part i puerperi i atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults (CSMA). La darrera enquesta sobre aquestes àrees s'havia fet l'any 2013.

Els resultats mostren una disminució de la satisfacció i de la fidelitat en atenció urgent, quedant per sota de la mitjana de Catalunya. En atenció de l'embaràs, part i puerperi la satisfacció millora, però la fidelitat pateix un retrocés. En ambdós casos, possiblement es podrà veure una millora amb les noves instal·lacions, ja que en el disseny del nou edifici es va tenir en compte l'opinió dels pacients (projecte "Donant veu al pacient"). En atenció sociosanitària la satisfacció i la fidelitat augmenta considerablement, situant-se clarament per sobre de la mitjana de Catalunya.

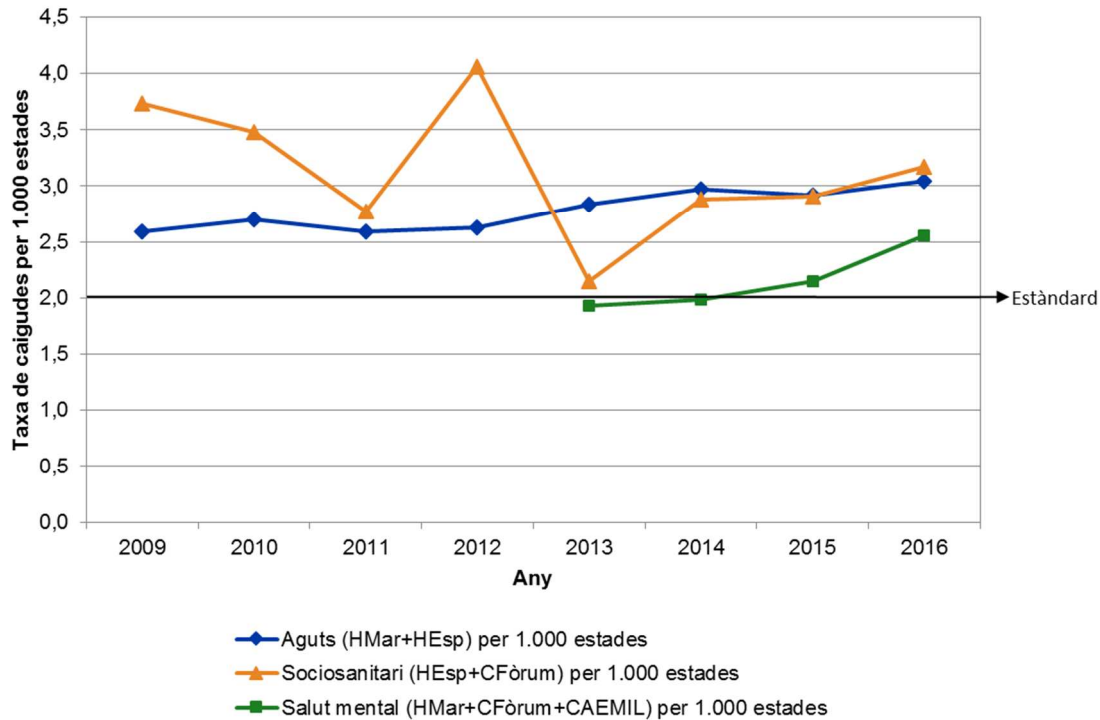
Els resultats en atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults (CSMA) mostren millores en la satisfacció i la fidelitat en els centres de La Mina, Sant Martí Sud i Sant Martí Nord, mentre que els indicadors pel centre Martí Julià empitjoren.

Caigudes intrahospitalàries

Caigudes intrahospitalàries*	Valor dels indicadors		
	2014	2015	2016
Aguts HMAR i HESP	2,98	2,92	3,04
Salut mental HMAR i CAEM	1,99	2,15	2,56
Sociosanitari HESP i Cfòrum	2,88	2,91	3,17

*: Taxa de caigudes per 1.000 estades

Taxa de caigudes intrahospitalàries, 2009-2016



L'evolució mostra un increment en el darrer any de la taxa de caigudes en els tres àmbits, amb valors per sobre de l'estàndard de 2 caigudes per 1.000 estades que marca el Departament de Salut. Per l'àmbit de sociosanitari augmenta respecte l'any passat i es manté per sobre de l'estàndard del Departament de Salut, que també és de 2 caigudes per 1.000 estades.

En el cas de l'àmbit de salut mental, l'increment és més marcat, tot i que la taxa és més baixa que les anteriors.

Cal remarcar que recentment s'ha modificat el procés de declaració de les caigudes per a fer-lo més senzill, que l'indicador inclou totes les caigudes, tinguin o no conseqüències pel malalt, que també es fa un seguiment específic dels pacients després de la caiguda per part de les Caps d'Unitat d'infermeria i que s'està revisant el protocol per la prevenció de caigudes. En salut mental es farà una identificació dels pacients que són

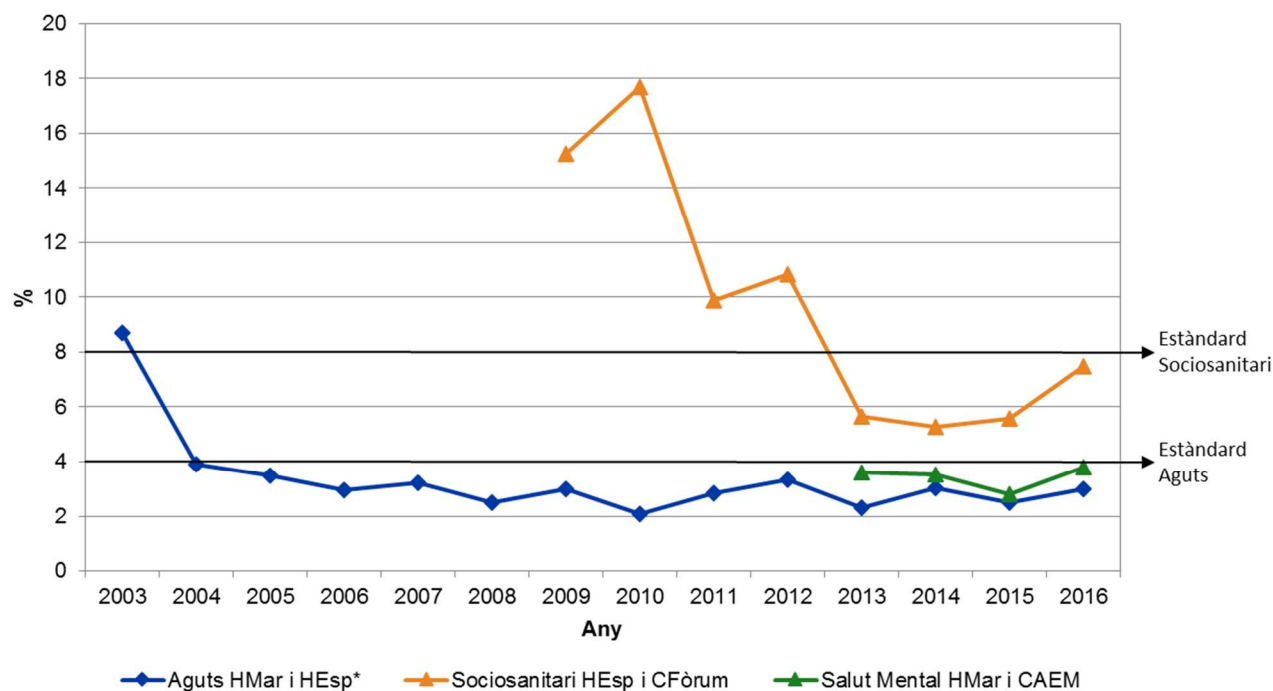
autònoms per sortir del recinte de l'hospital amb el nou protocol per posar mesures de prevenció de caigudes (acompanyament del personal, etc.).

Úlceres per pressió intrahospitalàries

Pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries*	Valor dels indicadors		
	2014	2015	2016
Aguts HMAR i HESP	3,02	2,49	3,00
Salut mental HMAR i CAEM	3,52	2,81	3,81
Sociosanitari HESP i CFòrum	5,29	5,58	7,48

*: Per 100 altes de més de 48 hores

Taxa de pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries, 2003-2016



*: l'indicador 2003-2013 es refereix a talls de prevalença a l'Hospital del Mar

Les taxes de pacients amb úlceres per pressió (UPP) d'origen intrahospitalari s'han incrementat en el tres àmbits, especialment en l'atenció sociosanitària. Tanmateix, segueixen estant per sota dels estàndards que marca el Departament de Salut: entre 3-6% en aguts i 8% en sociosanitari.

Les úlceres per pressió són també un dels ítems pels quals es fa un seguiment específic del pacient per part de les Caps d'Unitat d'infermeria. Davant d'aquest increment s'han dut a terme una sèrie d'accions que inclouen la revisió del protocol actual d'UPP (productes, revisió de material de prevenció i estadiatge de les UPP) que es publicarà en breu; formació a infermeria sobre prevenció d'UPP, tant en sessions presencials com *on-line* (en procés); així com millores dels matalassos de les unitats d'hospitalització i de les lliteres d'urgències.

Infecció nosocomial

Infecció nosocomial	Valor dels indicadors		
	2014	2015	2016
Bacterièmies nosocomials associades a catèter (densitat d'incidència per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	0,49	0,45	0,58
Microorganismes multiresistents (densitat d'incidència d'infecció /colonització per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	3,80	3,66	4,45
Sociosanitari (Centre Fòrum)	1,06	0,98	1,55
<i>SARM/MRSA</i>			
Aguts (HMar i HEsp)	0,59	0,51	0,41
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,20	0,23	0,14
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	0,67	0,85	1,01
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,24	0,20	0,14
<i>Klebsiella pneumoniae</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	0,72	0,81	1,23
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,26	0,11	0,66
Infecció en ferida quirúrgica (% sobre cirurgies)			
Artroplàstia primària de genoll	1,93	1,00	0,93
Artroplàstia primària de maluc	3,93	2,59	3,45
Cirurgia colorectal programada	20,63	17,39	12,50
Compliment de la higiene de mans (% rentat o desinfecció)			
Aguts (HMar i HEsp)	62,9	77,3	79,9
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	53,9	68,6	63,4

Els indicadors d'infecció nosocomial es mostren segons àmbit. La densitat d'incidència de bacterièmies nosocomials associades a catèter en pacients aguts ha augmentat, fins a 0,58 bacterièmies per 1.000 estades. El mes de maig de l'any 2016 es van introduir el catèters PICC (Catèter Central d'Inserció Perifèrica) a les unitats d'hospitalització. Això ha suposat una sèrie d'accions orientades a minimitzar l'impacte del canvi: edició del protocol de catèters PICC, formació presencial a 150 infermeres, consolidació de la infermera referent de teràpia intravenosa i ampliació a 40 hores i revisió des del Servei de Compres del nou material de manteniment de catèters (equips de sèrum, claus de tres passos, etc.). Per altra banda, i de cara al 2017, s'ha inclòs com a objectiu DPO en 3 unitats d'hospitalització la millora en el manteniment dels catèters.

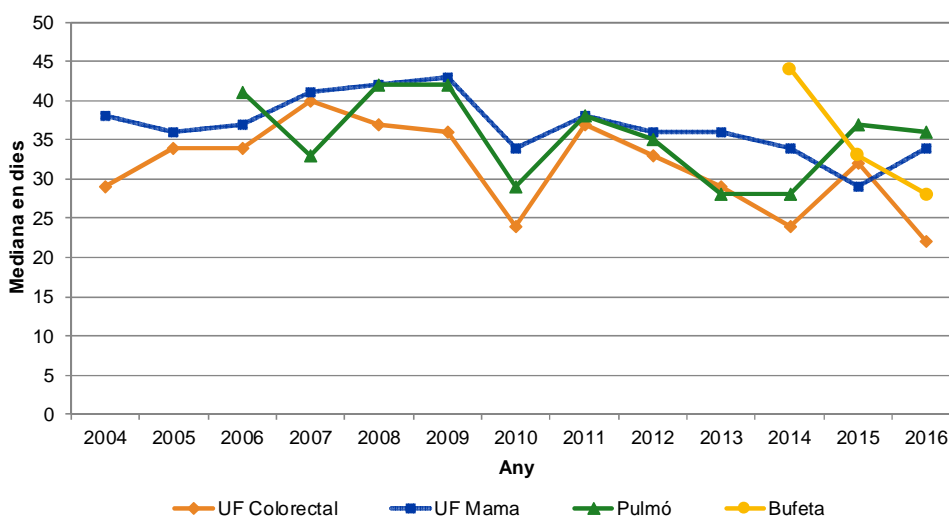
Les densitats d'incidència pel conjunt de microorganismes multiresistents sobre els que es fa seguiment segueix incrementant. En el cas de *SARM/MRSA* (*Staphylococcus aureus* resistent a meticilina) disminueix, mentre que en *Pseudomonas aeruginosa* i *Klebsiella Pneumoniae* multiresistents s'observa un increment preocupant, conjuntament amb nous mecanismes de resistència com l'OXA-48. La resistència antibiòtica dels microorganismes és actualment un problema molt rellevant i una prioritat d'actuació a tots els nivells. El PSMAR està implicat en diferents projectes amb el Departament de Salut, el Ministeri i la Unió Europea.

Les taxes d'infecció en ferida quirúrgica disminueixen de manera important en la cirurgia colorectal, assolint valors similars a l'estàndard VINCAT (12,6% pel 2016). Per les artroplasties de genoll també hi ha una disminució, i es manté la taxa molt per sota de l'estàndard VINCAT del 2%. Tanmateix, per les artroplasties de maluc ha augmentat la taxa d'infecció.

El compliment de la higiene de mans en aguts ha arribat a nivells molt alts (clarament per sobre del 60% considerat a nivell internacional) i segueix incrementant-se. Tot i aquest bons resultats, i que estem reconeguts com a centre d'excel·lència a nivell europeu des del 2015, cal continuar en aquesta trajectòria.

Intervals de temps en l'atenció del càncer

Interval entre primera consulta i tractament, 2004-2016

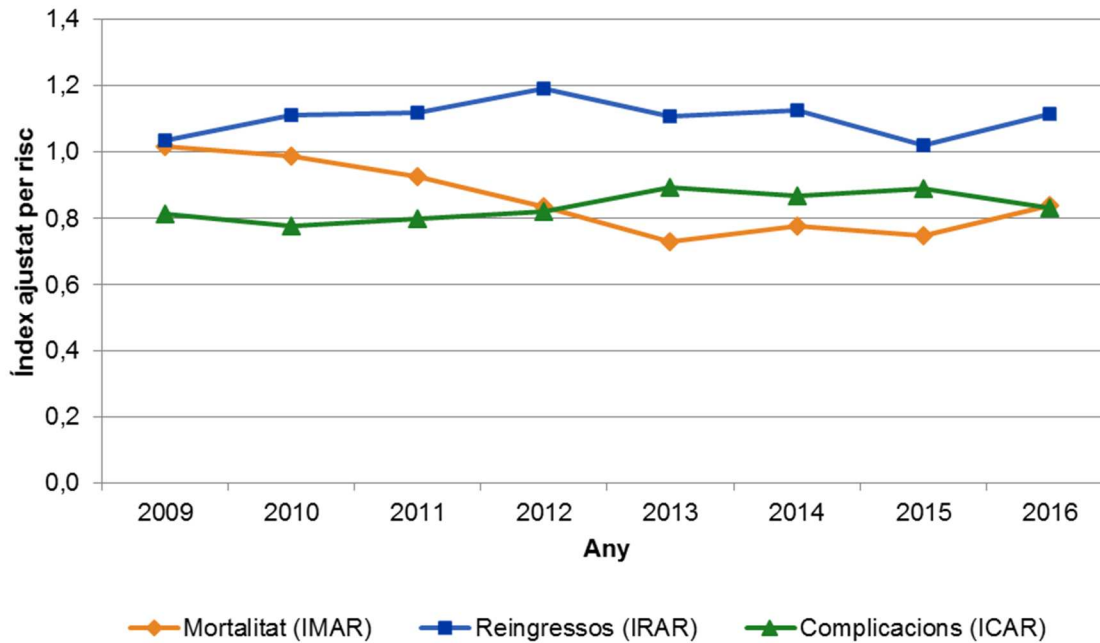


UF: Unitat Fundonal

Els indicadors pels intervals entre primera consulta i tractament han disminuït en el càncer colorectal, de pulmó i de bufeta, mentre que han augmentat en càncer de mama, retornant als nivells dels últims anys. Part d'aquest augment es pot atribuir a les obres per ubicar el nou mamògraf.

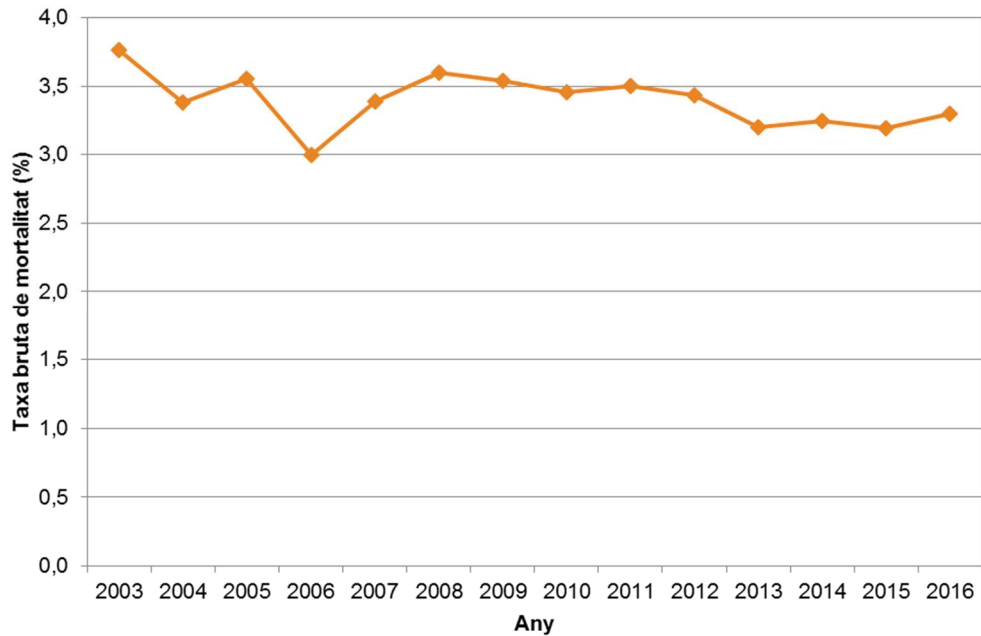
Mortalitat, Reingressos i Complicacions

Indicadors de mortalitat, reingressos i complicacions ajustats per risc 2009-2016



El gràfic mostra una anàlisi conjunta i l'evolució dels índexs ajustats per risc obtinguts de l'aplicació *IAmetrics* sobre el CMBD del PSMAR. Els índexs de mortalitat (IMAR) i de complicacions (ICAR) segueixen situant-se per sota d'1, el que representa un millor indicador respecte la norma de comparació respectiva de cada any. L'IMAR de 0,84 l'any 2016 indica una mortalitat intrahospitalària un 16% inferior a l'esperada si es compara amb una tipologia de pacients similars en patologia i risc de mort. L'ICAR de 0,83 indica que la taxa de complicacions és un 17% inferior a l'esperada l'any 2016. L'índex de reingressos (IRAR) ha tornat a augmentar fins a 1,11. Actualment s'estan reforçant els hospitals de dia per tal de millorar el seu impacte en la reducció de reingressos.

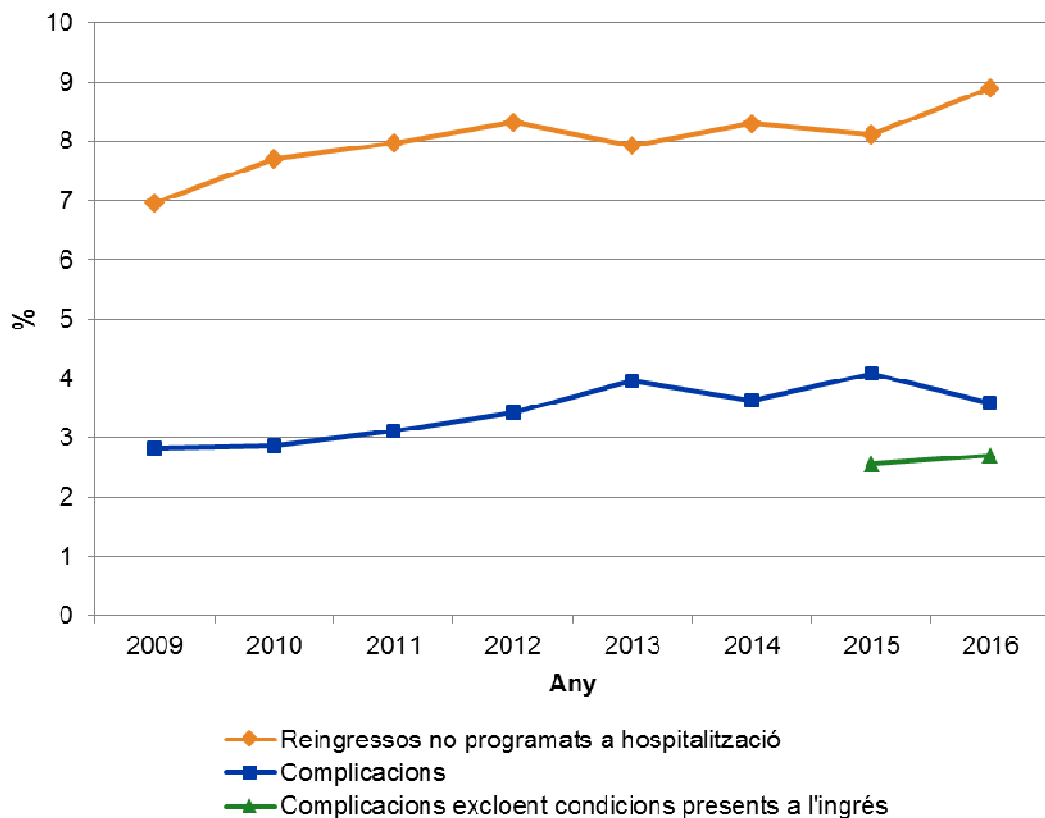
Taxa bruta de mortalitat, 2003-2016



La taxa bruta de mortalitat es manté en el 3,3% de les altes.

La mortalitat a Urgències ha disminuït fins el 0,17%, el que representa una disminució del 4,5% respecte el 2015.

Reingressos i complicacions, 2009-2016



El percentatge de reingressos urgents clínicament relacionats dins els primers 30 dies després de l'alta hospitalària s'ha situat en un 8,9%, el que representa un augment del 9,7% respecte l'any anterior. El càlcul d'aquest indicador s'ha millorat en el darrer any, per tant, s'han corregit i es mostren els valors de l'històric amb el nou càlcul.

El percentatge de reingressos a Urgències abans de 72 hores es manté en el 5,1%.

El percentatge de complicacions disminueix i recupera el valor de 3,6% del 2014. La taxa de complicacions eliminant les condicions presents a l'ingrés augmenta lleugerament fins el 2,7%.

PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (*PROJECTES ESTRELLA*)

Els ajuts anomenats Projectes Estrella, es van establir l'any 2005 amb l'objectiu d'incentivar iniciatives per a la millora de la qualitat assistencial i introduir una metodologia d'anàlisi i avaluació. Des d'aleshores, en 11 convocatòries s'han presentat un total de 141 Projectes Estrella, dels quals se n'han finançat 39 (entre 3 i 4 per any).

Evolució del nombre de Projectes Estrella presentats i concedits segons any de convocatòria

Any	Projectes presentats	Projectes concedits	Estat
2005	14	3	Finalitzats
2006	18	3	Finalitzats
2007	15	4	Finalitzats
2008	13	3	Finalitzats
2009	4	4	Finalitzats
2010	9	3	Finalitzats
2011	10	3	Finalitzats
2012	17	3	Finalitzats
2013	11	3	Finalitzats
2014	11	4	En curs
2015	8	3	En curs
2016	11	3	Iniciant-se
Total	141	39	

Convocatòria de l'any 2016

A la convocatòria de l'any 2016 s'hi van presentar 11 projectes, dels quals es van atorgar els tres següents:

Optimització mantinguda del procés assistencial a l'àrea quirúrgica mitjançant un registre continu de la morbimortalitat.

Coordinador: Jaime Jimeno

Objectiu: Avaluar l'impacte de la monitorització contínua de les complicacions i els efectes adversos relacionats amb l'assistència.

Projecte per a la millora en el diagnòstic i pronòstic de la lesió miocardiaca associada a la cirurgia no cardíaca

Coordinadores: Sandra Beltrán i Anna Mases

Objectiu: Millorar la detecció de la lesió miocardiaca relacionada amb la cirurgia no cardíaca (MINS) i establir un circuit d'assistència, tractament i/o prevenció per millorar-ne el pronòstic.

Projecte de millora de la qualitat de l'adherència i preparació del pacient per a la colonoscòpia ambulatoria al PSMAR

Coordinador: Agustín Seoane i Inés Ana Ibáñez

Objectiu: Avaluar i millorar la qualitat en la preparació per a la colonoscòpia ambulatoria mitjançant una intervenció educativa amb trucada telefònica estandarditzada, realitzada per l'equip d'infermeria d'endoscòpia digestiva.

Les memòries finals de tots els Projectes Estrella finalitzats es poden consultar a la intranet a través de l'enllaç al Programa de Qualitat >Què fem: Projectes de millora de la qualitat assistencial>Memòries finals.

NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENT ADVERSOS

Accions derivades de l'avaluació d'esdeveniments adversos

Durant l'any 2016 s'han notificat 207 esdeveniments adversos. D'aquests, s'ha fet anàlisi causa-arrel de 21 casos a través de la Comissió Avaluadora de l'Activitat Assistencial (CA3). L'increment de casos notificats respecte l'any 2015 (amb 88 notificacions) es pot atribuir a la posada en marxa de la figura dels referents de seguretat per unitat d'hospitalització i servei clínic.

De les anàlisis fetes s'han derivat diverses mesures o accions de millora que breument es detallen a continuació. Les accions han estat portades a terme per professionals de diferents serveis o àrees d'hospitalització, segons el cas. En alguns casos ja s'estava treballant en alguna de les accions, però la notificació d'un cas ha suposat donar un impuls al seu desenvolupament.

Accions:

- ✓ Revisió del protocol de reserva de sang.
- ✓ Revisió del control de caducitats de fàrmacs a les unitats d'hospitalització.
- ✓ Revisió del protocol de maneig perioperatori de pacients de neurocirurgia amb cranioplàstia.
- ✓ Revisió del circuit de prescripció/administració d'acenocumarol a l'INAD.
- ✓ Revisió del circuit de comunicació de resultats patològics de proves de laboratori.
- ✓ Millores en la validació de quimioteràpies par part de farmàcia.
- ✓ Acord per a la lectura de radiografies preoperatòries.
- ✓ Avisos de NO realitzar la prescripció de medicació des de fora de l'hospital i d'avisar oralment al responsable d'infermeria del pacient de canvis en la medicació o noves prescripcions.
- ✓ Reactivació de la comissió d'aturades i revisió dels carros d'aturada.
- ✓ Revisió del traspàs d'electrocardiogrames a l'IMASIS.

Podeu trobar l'informe complet de l'any 2016 a la intranet a través de l'enllaç següent: http://intranet.imas.es/media/upload//arxius/programa_qualitat/seguretat_pacient/03-Informe%20notificacions_2016.pdf, o bé a través de Programa de Qualitat>Què fem: Seguretat del Pacient>Sistema de notificació d'esdeveniments adversos.

En el mateix apartat de la intranet també podeu trobar el llistat de referents de seguretat per servei i unitat (http://intranet.imas.es/media/upload//arxius/programa_qualitat/seguretat_pacient/Llistat%20de%20referents%20de%20seguretat_TOTS.pdf).

Inclusió de la notificació d'esdeveniments adversos a les DPO

De cara al 2017, i amb l'objectiu de seguir incentivant la cultura de la seguretat i la notificació d'esdeveniments adversos, s'ha inclòs com a objectiu DPO en 22 Unitats de Gestió DPO. L'objectiu per aquestes unitats és notificar almenys un esdeveniment advers cada trimestre. Això ha motivat que les unitats o serveis que encara no tenien referent de seguretat n'hagin designat i hagin començat a notificar esdeveniments adversos.

SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (acreditació i ISO)

A través del Model d'Accreditació de Qualitat d'Aguts, tant des de l'Hospital del Mar com des de l'Hospital de l'Esperança, es treballa per aconseguir majors nivells d'acreditació en qualitat. La puntuació obtinguda en l'última acreditació (any 2013) va ser de 91,1%.

Per altra banda, es segueix treballant en la certificació dels processos relacionats amb Banc de Sang, Patologia i Esterilització a través de la Norma ISO 9001:2015 i la implementació dels indicadors de qualitat no assolits en el procés de l'acreditació.

El sistema de gestió de qualitat ISO (*International Organization for Standardization*) està implementat en les següents àrees del Parc de Salut MAR:

- ✓ Servei de Patologia
- ✓ Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària
- ✓ Unitats d'Esterilització (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Servei d'Oncologia Radioteràpica
- ✓ Banc de Sang (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Laboratori de Referència de Catalunya (Hospital del Mar)

Durant l'any 2016 s'ha assolit la certificació de la Norma ISO 15189 en la secció de Biologia Molecular del Servei de Patologia. Aquesta incorporació ha suposat la creació d'un nou mapa de processos en aquesta àrea i la revisió de cada un dels protocols, així com la creació de nous processos.

En relació als resultats de les auditories, durant l'any 2016, tots els serveis amb aquest sistema de gestió de la qualitat han aconseguit puntuacions majors de 84 sobre 100. Com a punt fort identificat pels auditors destaca la implicació del personal en l'actualització i seguiment d'aquest sistema de qualitat en cadascuna de les unitats auditades.

No obstant això, es va identificar la necessitat de seguir treballant en una sèrie de punts de millora, dels quals en presentem alguns exemples a continuació:

- ✓ Es recomana de disposar d'indicadors vinculats al diagnòstic de patologia.
- ✓ Es recomana la validació dels coneixements de les noves incorporacions prèviament a la realització de les feines assignades de manera autònoma.
- ✓ Es recomana utilitzar la informació sobre incidències que es detecten d'altres serveis (per exemple, en la recollida de mostres), per fer pedagogia i així millorar el circuit conjunt donat al demandant i al pacient.
- ✓ Millorar les infraestructures.

OBJECTIUS 2017-2018

La Comissió de Qualitat ha aprovat i elevat al Consell de Direcció els següents objectius de qualitat pel bienni 2017-2018.

Incrementar les accions de millora de la seguretat i qualitat assistencial derivades de la implicació dels professionals en la notificació d'esdeveniments adversos i l'anàlisi de les seves causes

Indicador: Increment del nombre d'accions de millora en un 10%.

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- ✓ Incentivar la notificació d'esdeveniments adversos en el màxim d'àrees i serveis assistencials.
- ✓ Arribar al 100% de serveis/àrees amb referent de seguretat.
- ✓ Desenvolupar el Projecte de Millora de la Qualitat Assistencial per a fer un registre continuat de la morbimortalitat del bloc quirúrgic.
- ✓ Desenvolupar l'objectiu de qualitat del servei d'anestèsia que promou la declaració i anàlisi de complicacions anestèsiques intraoperatòries.

Protocol·litzar la gestió (prescripció, dispensació, administració) dels fàrmacs d'alt risc

Indicador: Existència del protocol i implantació del mateix (Sí/No).

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- ✓ Crear un grup de treball format per professionals de farmàcia, informàtica, infermeria, documentació i epidemiologia per actualitzar el protocol de fàrmacs d'alt risc.
- ✓ Identificar informàticament tots els fàrmacs d'alt risc prescrits.
- ✓ Escriure per cada fàrmac el motiu de ser d'alt risc i les precaucions.
- ✓ Homogeneïtzar els símbols per identificar fàrmacs d'alt risc, tant informàticament com físicament (estocs, calaixos, etc.).
- ✓ Realitzar i difondre cartells amb informació sobre fàrmacs d'alt risc.

Donar suport per a l'assoliment dels objectius de qualitat per servei a través de la DPO

Indicador: Assoliment dels objectius DPO.

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- ✓ Establir una dinàmica en què es revisin els resultats dels indicadors DPO en el Grup Operatiu de Qualitat de manera mensual.
- ✓ Posar en comú aquells indicadors que no assoleixin el valor objectiu i plantejar quin suport es dona a la Unitat de Gestió DPO per tal d'assolir l'objectiu.
- ✓ Informar als referents de cada Unitat de Gestió DPO de les desviacions detectades i de les accions proposades per corregir-les.

Sistematitzar els procediments d'informació al pacient

Indicador: Existència d'un protocol comú adaptat a cada servei quirúrgic del procés d'informació al pacient que ingressa per intervenció quirúrgica.

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- ✓ Identificar les pràctiques en informació al pacient del PSMAR.
- ✓ Revisió i discussió per sistematitzar el procediment d'informació.
- ✓ Estendre el procés d'informació a tots els serveis quirúrgics del PSMAR.

Millorar el compliment del llistat de comprovació quirúrgica: analitzar les causes del no compliment

Indicador: Reduir el nombre de llistats mal complementats.

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- ✓ Analitzar els llistats incorrectes i/o incomplets.
- ✓ Realitzar una enquesta als professionals del bloc quirúrgic per conèixer la seva percepció sobre la utilitat del llistat.
- ✓ En funció dels resultats, realitzar les accions oportunes per a millorar el procediment de realització del llistat de comprovació.

COMISSIÓ DE QUALITAT

Balaguer, Rosa (Unitat de Medicina Intensiva i Coronària)
Beltrán de Heredia, Sandra (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)
Castells, Xavier (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Caus, Fina (Àrea d'Urgències)
Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Cots, Francesc (Servei de Control de Gestió)
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)
Ferrández, Olivia (Servei de Farmàcia)²
Garcia, Lourdes (Directora d'Infermeria)
Garreta, Marisa (Coordinadora Infermeria Àrea Sociosanitària)
Giraldo, Priscila (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)
Horcajada, Juan Pablo (Servei de Medicina Infecciosa)
Lasso de la Vega, Carmen (Direcció d'Infermeria)^{1,2}
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)
Merino, Ana (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)
Pascual, Julio (Director Mèdic)²
Payà, Antoni (Servei de Ginecologia i Obstetrícia)
Pérez, Maribel (Directora Comunicació i Atenció a l'Usuari)
Pujolar, Núria (Direcció d'Infermeria)¹
Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Salar, Antonio (Servei d'Hematologia)
Torre, Pilar (Servei de Documentació Clínica i Arxiu)¹
Vinué, Josep M^a (Secretaria Tècnica)

1: Membre del Grup Operatiu de Qualitat.

2: Incorporació 2017.

Per qualsevol comentari, suggeriment o dubte sobre el contingut d'aquest informe, us convidem a posar-vos en contacte amb nosaltres:

Mercè Comas (mcomas@parcdesalutmar.cat)

Irene Fernández (ifernandezgarcia@parcdesalutmar.cat)

Servei d'Epidemiologia i Avaluació

Hospital del Mar