



Informe de Qualitat 2017

Programa de Qualitat

Maig 2018

ÍNDEX

RESUM	2
OBJECTIUS 2017-2018	3
VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2017)	6
PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (<i>PROJECTES ESTRELLA</i>)	15
NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS	17
SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (ACREDITACIÓ I ISO)	19
COMISSIÓ DE QUALITAT	21

RESUM

La implantació durant l'any 2017 d'objectius de qualitat a totes les àrees clíniques/assistencials en el marc de les DPO ha estat valorada molt positivament. En primer lloc, perquè ha comportat una millora rellevant i objectiva de la qualitat en aquells aspectes als que s'havien enfocat els objectius. I en segon lloc, ha motivat que els mateixos serveis i unitats hagin fet propostes per l'any 2018 més orientades a les seves necessitats específiques. Des del Programa de Qualitat s'ha fet un seguiment continuat de cada uns dels objectius per tal de treballar amb les diferents unitats assistencials aquells objectius amb assoliment parcial, impulsant així una dinàmica de millora contínua de la qualitat i un elevat assoliment dels objectius.

Com a resum, les DPO de l'any 2017 van incloure 41 objectius de qualitat que es van traduir en 105 indicadors en el conjunt d'unitats de gestió DPO. Alguns d'aquests objectius tenen un caràcter transversal ja que són aplicables a diverses àrees clíniques, com pot ser la millora del control de dolor o la incentivació de la notificació d'esdeveniments adversos. D'altres són clarament específics i venen definits la majoria d'ells per part del Departament de Salut, com per exemple els temps d'atenció urgent en infart o ictus o la profilaxis antibiòtica en la cirurgia del càncer colorectal.

Per l'any 2018 s'ha fet salt qualitatiu en l'orientació de les DPO ja que s'ha treballat molt més en relació a les necessitats específiques de cada àrea clínica. Així, dels 27 nous objectius definits pel 2018, 23 són específics. Aquest canvi està en línia amb l'estratègia del Programa de Qualitat de potenciar les iniciatives dels professionals de la nostra institució i apoderar-los de cara a les accions de millora de la qualitat. En aquest mateix sentit, cal destacar que la iniciativa dels Projectes de Millora de la Qualitat Assistencial (Projectes Estrella), és avui un exemple per a altres hospitals de Catalunya que han emprès iniciatives similars amb un gran èxit de convocatòria.

El 2017 ha estat també l'any de consolidació del sistema de notificació d'esdeveniments adversos. S'han incrementat les notificacions en un 88%, explicat en gran part per una major implicació dels professionals mèdics. Conseqüentment, se n'han derivat més accions de millora, superant clarament l'objectiu institucional que buscava un increment del 10%.

Destacar l'assoliment de les certificacions de les ISO 9001 amb la nova versió 2015, que suposa un canvi rellevant, amb el requeriment d'una major implicació de la Direcció, l'elaboració d'un mapa de riscos i la millora de la metodologia dels objectius/indicadors de qualitat, entre altres.

Finalment, remarcar que ja estan disponibles al gestor documental els protocols fruit dels objectius actuals del programa de qualitat: el protocol de gestió de fàrmacs d'alt risc i el protocol d'informació al pacient quirúrgic programat per a intervenció, en els quals han treballat i revisat professionals de diferents àmbits.

OBJECTIUS 2017-2018

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 2017-2018 es varen definir 5 objectius:

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.

Grau d'assoliment dels objectius:

- ✓ S'ha tancat el 2017 amb un 89% més de notificacions respecte el 2016 al sistema de declaració a la intranet (N=389). S'ha incrementat el nombre de notificacions per part de metges i lliterers. Tots els serveis amb DPO han notificat. Les més freqüents, relacionades amb la medicació. Paral·lelament, ha augmentat en un 38,5% el nombre d'accions derivades de les notificacions (augment protocols fets/revisats, sessions de formació, revisió de circuits, alertes, senyalització, etc). Podeu consultar l'informe 2017 complet al següent [enllaç](#).
- ✓ S'ha arribat al 100% de serveis/àrees amb referent de seguretat.
- ✓ Durant el 2017 s'ha posat en funcionament el registre del Projecte de Millora de la Qualitat Assistencial per a fer un registre continuat de la morbimortalitat del bloc quirúrgic. Durant el 2018 s'incentivarà la notificació i les accions derivades en els professionals del Servei de Cirurgia General (DPO 2018).
- ✓ Durant el 2017 s'ha revisat la codificació del registre de complicacions intraoperatòries i s'ha incentivat la notificació a través del SENSAR (DPO 2017), doblant-se el nombre de notificacions. Pel 2018 està prevista la unificació dels registres dels bloc quirúrgics del Mar i de l'Esperança.

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

Indicador: Existència del protocol i implantació del mateix (Si/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 a 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.

Grau d'assoliment dels objectius:

- ✓ S'ha redactat el protocol de fàrmacs d'alt risc, revisat per diferents professionals mèdics i d'infermeria. El protocol contempla la informació de problemes i recomanacions de tots el FAR, mesures generals i específiques. S'integrarà a l'IMASIS i ja està disponible al Gestor Documental a través del següent [enllaç](#).
- ✓ El procés informàtic que permeti identificar el fàrmac d'alt risc en el moment de la prescripció, facilitant la informació específica al moment, tant al prescriure com a l'administrar, està dissenyat però pendent de programar i implantar.
- ✓ S'està senyalitzant amb etiquetes específiques tots els estocs de fàrmacs d'alt risc, tant d'UH com de farmàcies de tots els centres.
- ✓ S'han realitzat reunions amb diferents col·lectius de professionals per fer difusió del protocol.

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

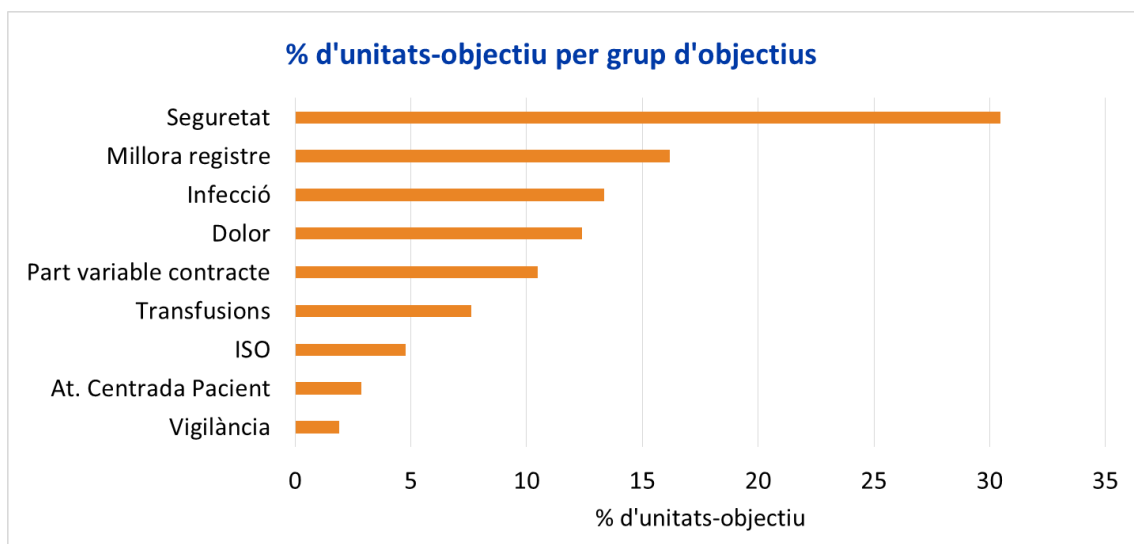
Indicador: Assoliment dels objectius DPO.

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.

Grau d'assoliment dels objectius:

- ✓ Els 41 objectius de qualitat inclosos a les DPO de l'any 2017 han tingut un assoliment del 98.4%. En el 88% dels casos hi ha hagut una millora de la qualitat. En el 12% restant s'han mantingut nivells de qualitat excel·lents. Si agrupem els objectius per dimensions i comptem cada vegada que un objectiu s'aplica a una unitat, obtenim la distribució de la figura.



- ✓ A destacar en el grup d'objectius de seguretat el substancial augment en les notificacions d'esdeveniments adversos, especialment entre el col·lectiu mèdic i els lliterers. En l'apartat de millora del registre de la informació clínica trobem una millora significativa de la qualitat dels informes d'alta (antecedents i medicació a l'alta). Respecte a la infecció hospitalària, s'ha observat una millora molt significativa en el manteniment dels catèters venosos centrals (estat de l'apòsit i connectors correctes). L'avaluació i el control del dolor també ha millorat en totes les unitats incloses. Respecte els objectius que també estan inclosos en la part

variable del contracte amb el CatSalut, tots s'han assolit i els que es mesuren quantitativament han millorat. Trobareu un informe més extens sobre l'impacte de les DPO en la qualitat del PSMAR a la intranet en el següent [enllaç](#).

- ✓ També us deixem un [enllaç](#) on podeu consultar els resultats del 2017 disponibles a la intranet de tots els objectius DPO.

Sistematitzar els procediments d'informació al pacient quirúrgic

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.

Grau d'assoliment dels objectius:

- ✓ S'ha finalitzat el protocol que identifica tots els moments en què cal donar informació al pacient quirúrgic, quina informació s'ha de donar i qui l'ha de donar. S'ha treballant amb els professionals implicats en l'obertura de la Unitat d'Ingrés Prequirúrgic per acordar circuits i responsables de cada moment del procés d'informació. El protocol ha estat presentat i consensuat amb totes les parts implicades, i està disponible al Gestor Documental en el següent [enllaç](#).
- ✓ S'ha dissenyat un tríptic que contindrà una part d'informació genèrica i una d'específica i pròpia del pacient, que inclourà la revisió de la medicació, per facilitar el record de les instruccions necessàries per arribar ben preparat a l'ingrés.

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.

Grau d'assoliment dels objectius:

- ✓ Durant el 2017 s'han revisat els llistats incomplets per identificar aquells que eren deguts a anul·lacions de la intervenció o per altres causes. També s'han identificat les causes de no compliment (KO's) del llistat de comprovació.
- ✓ La informació obtinguda servirà per dissenyar un estudi qualitatiu que es realitzarà durant el 2018 amb els professionals implicats en l'aplicació del llistat de comprovació quirúrgica.

VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SisQual 2017)

Els resultats obtinguts en els indicadors de qualitat reflecteixen els esforços de millora contínua de la qualitat que s'han anat fent durant l'any 2017. En general, s'obtenen millors indicadors en moltes àrees, com el dolor, les úlceres per pressió, les caigudes, la satisfacció dels usuaris, les infeccions per microorganismes multiresistents, la mortalitat, les complicacions i els reingressos. Tanmateix, cal seguir treballant en l'àrea de prevenció de la infecció nosocomial, les caigudes, doncs aquestes encara no assoleixen els estàndards i les complicacions, que mostren un augment.

Avaluació del dolor

Avaluació del dolor (Aguts)	2015	2016	2017
Avaluació sistemàtica del dolor (%)	87,5%	88,4%	93,8%
Pacients amb dolor [EVA>3] més de dues vegades seguides (%)	7,7%	8,4%	7,7%

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. Per altra banda, es recupera el nivell del 2015 quant al 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. El control del dolor es va incloure el 2017 com a objectiu DPO en 11 unitats de gestió DPO, obtenint-se millores rellevants en les unitats del sociosanitari i en aquelles unitats d'aguts que estaven per sota del global. De cara al 2018 seran 10 les unitats de gestió DPO amb aquest objectiu.

Un altre objectiu DPO relacionat amb el dolor ha estat el percentatge de pacients amb dolor inferior o igual a 3 en l'escala EVA en el moment de l'alta de Reanimació. També s'han observat millores rellevants tant en l'Hospital del Mar com en el de l'Esperança en l'any 2017 i s'ha mantingut de cara a l'any 2018.

Queixes, reclamacions, agraïments i satisfacció

Queixes, reclamacions i agraïments	2015	2016	2017
Reclamacions per 1000 actes			
Urgències (contactes)	2,1	2,7	2,8
Hospitalització (altes)	7,9	9,0	8,6
Consultes externes (primeres consultes i sessions hospital de dia)	4,8	5,2	8,8
Agraïments	471	532	650

En el nombre de reclamacions per activitat s'ha mantingut en el nivell del 2016, excepte en el cas de Consultes Externes, en què ha augmentat considerablement. Aquest increment s'explica per les dificultats d'accés telefònic

als telèfons de programació. Durant l'any 2017 s'ha implementat un nou sistema d'atenció al pacient per via telefònica per agilitzar els tràmits de programació i facilitar al pacient qualsevol canvi de cita per motius personals. El nou sistema de comunicació telefònica funciona a l'Hospital del Mar des de finals del mes de novembre de 2017 i es preveu la seva implementació a l'Hospital de l'Esperança durant el mes de maig de 2018. Per altra banda, els agraïments segueixen augmentant, un 22% més respecte l'any 2016.

L'any 2017 el Departament de Salut, dins del Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA), va realitzar enquestes a usuaris del PSMAR de les àrees d'Atenció Especialitzada Ambulatoria i de Cirurgia Major Ambulatoria (CMA). La darrera enquesta sobre la primera àrea s'havia fet l'any 2014, mentre que per la CMA ha sigut la primera enquesta del Pla.

Els resultats per l'àrea d'Atenció Especialitzada Ambulatoria mostren una millora en el nivell de satisfacció global, que es situa per sobre del global de Catalunya. En el cas de la fidelitat, la millora és considerable, resultant en què un 95% dels pacients respon que tornaria a anar amb el mateix especialista, un indicador que està més de 8 punts per sobre del global de Catalunya. Tanmateix, apareixen aspectes de millora en el que respecta al confort de les sales d'espera així com el temps d'espera per accedir al dispensari.

En el cas de la CMA, els indicadors són similars al global de Catalunya i mostren un grau de satisfacció global del 8,4% i de fidelitat del 91,1%. Tanmateix, s'observa recorregut de millora amb l'atenció telefònica rebuda pels pacients en consultar algun dubte o incidència relacionat amb la intervenció i en relació al temps que van estar en observació després de la intervenció. Per altra banda, la valoració que fan els pacients respecte el temps d'espera fins a la intervenció obté un resultat millor que el global de Catalunya.

Per altra banda, i en el context del programa de participació dels malalts "Donant veu al pacient", durant el 2017 es va desenvolupar un estudi qualitatiu per identificar les necessitats informatives dels pacients a l'ingrés hospitalari en un centre del PSMAR.

En general la valoració dels pacients va ser molt positiva. Tanmateix, es van identificar les següents sis línies principals d'actuació, algunes de les quals s'han tingut en compte en l'elaboració del protocol d'informació al pacient quirúrgic:

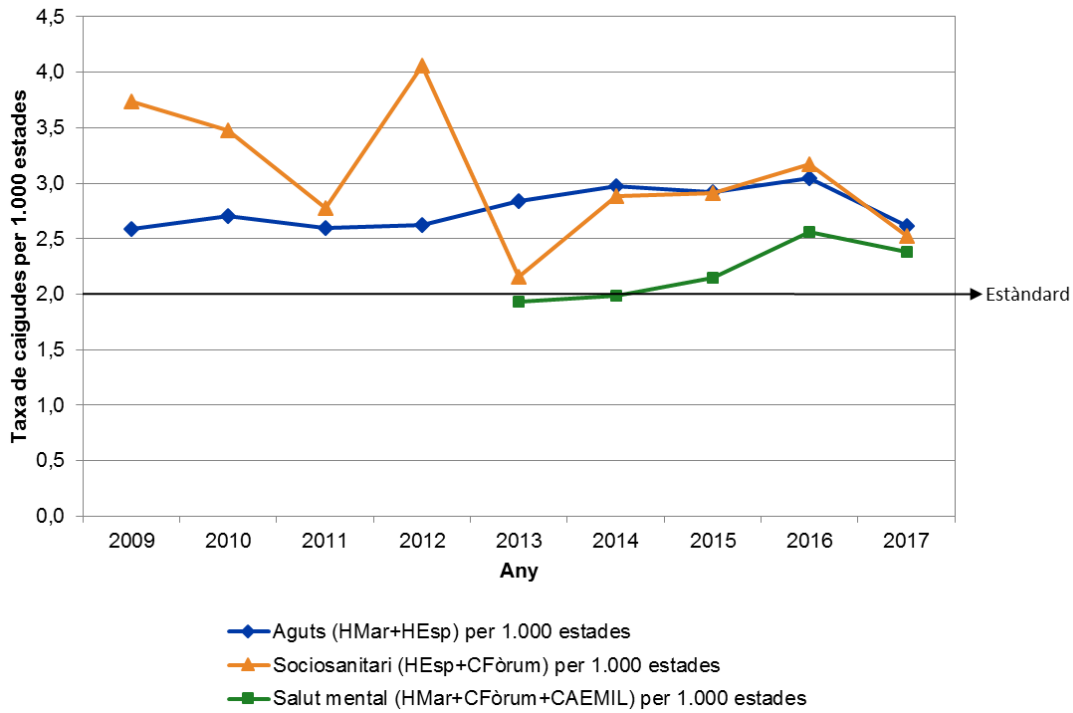
- ✓ Millorar el protocol d'acollida dels ingressos inesperats.
- ✓ Millorar els processos d'informació al pacient.
- ✓ Realitzar pre-acollida als ingressos programats.
- ✓ Millorar la informació sobre la conciliació amb la medicació crònica.
- ✓ Tenir cura també dels familiars.
- ✓ Millorar la coordinació entre els dispositius.

Caigudes intrahospitalàries

Caigudes intrahospitalàries*	2015	2016	2017
Aguts HMAR i HESP	2,92	3,04	2,62
Salut mental HMAR i CAEM	2,15	2,56	2,38
Sociosanitari HESP i Cfòrum	2,91	3,17	2,52

*: Taxa de caigudes per 1.000 estades

Taxa de caigudes intrahospitalàries, 2009-2017



L'evolució mostra que s'ha revertit la tendència creixent que s'havia observat en els darrers anys en la taxa de caigudes, principalment en sociosanitari i salut mental. Tanmateix, els valors segueixen estant per sobre de l'estàndard de 2 caigudes per 1.000 estades que marca el Departament de Salut.

Recordem que les Caps d'Unitat d'infermeria fan un seguiment específic dels pacients després de la caiguda i que s'ha revisat el protocol per la prevenció de caigudes. En concret, a psicogeriatría s'ha començat a implantar un protocol que identifica el risc de caigudes del pacient amb una polsera. En funció del nivell de risc es fan diferents accions de prevenció de caigudes (acompanyament del personal, etc.).

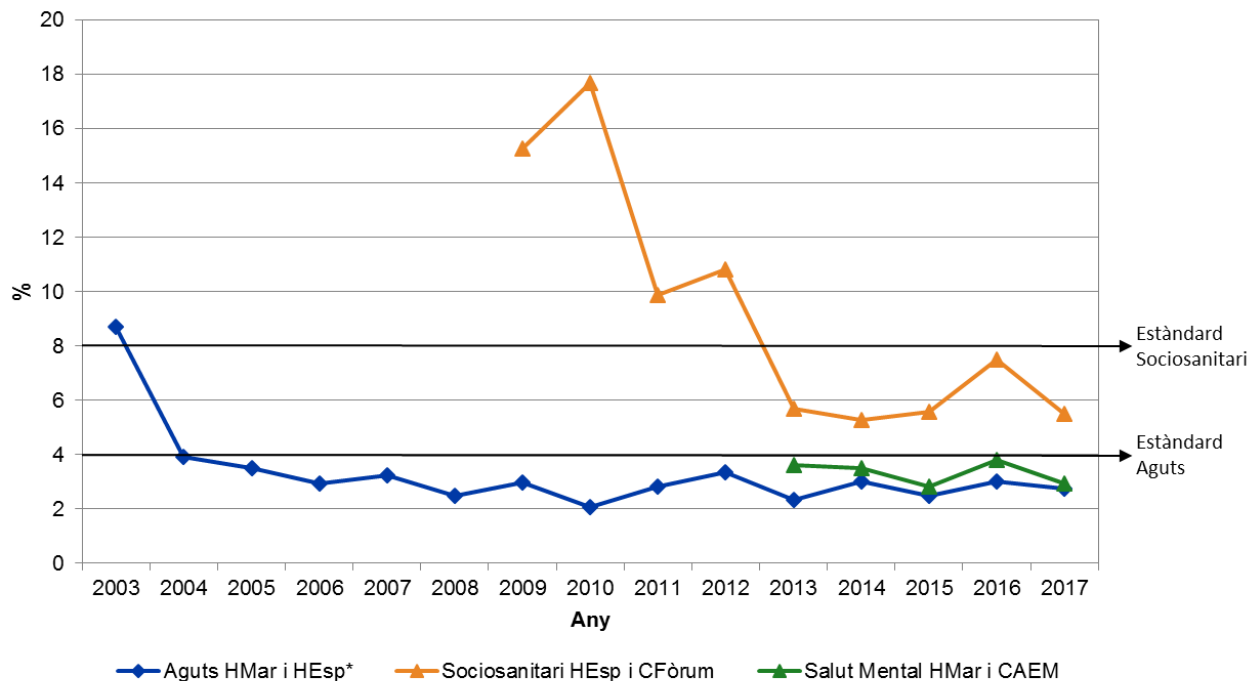
Úlceres per pressió intrahospitalàries

Pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries*

	2015	2016	2017
Aguts HMAR i HESP	2,49	3,00	2,76
Salut mental HMAR i CAEM	2,81	3,81	2,94
Sociosanitari HESP i CFòrum	5,58	7,48	5,50

*: Per 100 altes de més de 48 hores

Taxa de pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries, 2003-2017



*: 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 reduït després de l'increment observat l'any 2016, especialment en l'atenció sociosanitària, per tant, es segueixen mantenint 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. Durant el 2017 es van dur a terme diferents accions de prevenció: revisió del protocol, canvis de matalassos en diverses unitats d'hospitalització i la UCI i formació presencial al personal d'infermeria de la UCI. La millora en l'atenció i la prevenció de les úlceres per pressió a l'àmbit d'aguts té una repercussió directa en l'estat en què arriben al sociosanitari aquells pacients que són traslladats d'un àmbit a l'altre.

Infecció nosocomial

Infecció nosocomial	2015	2016	2017
Bacterièmies nosocomials associades a catèter (densitat d'incidència per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	0,45	0,58	0,69
Microorganismes multiresistents (densitat d'incidència d'infecció /colonització per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	3,66	4,45	3,84
Sociosanitari (Centre Fòrum)	0,98	1,55	0,89
<i>SARM/MRSA</i>			
Aguts (HMar i HEsp)	0,51	0,41	0,50
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,23	0,14	0,16
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	0,85	1,01	0,87
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,20	0,14	0,14
<i>Klebsiella pneumoniae</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	0,81	1,23	0,81
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,11	0,66	0,37
Infecció en ferida quirúrgica (% sobre cirurgies)			
Artroplàstia primària de genoll	1,00	0,93	1,6
Artroplàstia primària de maluc	2,59	3,45	4,1
Cirurgia colorectal programada	17,39	12,50	9,7
Compliment de la higiene de mans (% rentat o desinfecció)			
Aguts (HMar i HEsp)	77,3	79,9	80,3
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	68,6	63,4	72,4

Els indicadors d'infecció nosocomial es mostren segons àmbit. La densitat d'incidència de bacterièmies nosocomials associades a catèter en pacients aguts ha seguit augmentant, fins a 0,69 bacterièmies per 1.000 estades. Cal remarcar que també ha augmentat la utilització de catèters. Un altre tema a tenir en compte és que, amb la introducció dels nous catèters PICC (Catèter Central d'Inserció Perifèrica) i *Midline* (de línia mitjana) a les unitats d'hospitalització s'ha garantit un procés òptim en quant a la col·locació per part de la infermera referent en teràpia intravenosa, però s'han detectat deficiències en el manteniment d'aquests catèters per part del personal de planta. Actualment, s'està fent formació sobre la manipulació dels catèters, observacions sobre el manteniment i un estudi abans-després amb l'objectiu de millorar la manipulació dels catèters. Recordar també que el manteniment de catèters es va posar com a objectiu DPO en 3 unitats d'hospitalització (que afectaven a 6 unitats de gestió DPO), amb un assoliment del 100% i una millora global de les més rellevants, del 22%, que va resultar en un indicador del 88,1% de compliment del manteniment correcte dels catèters en els ítems d'estat de l'apòsit i dels connectors. De cara al 2018 es mantenen dues d'aquestes unitats d'hospitalització i se n'afegeix una tercera, de manera que seran 7 les unitats de gestió DPO que tindran l'objectiu de manteniment de catèters.

Les densitats d'incidència pel conjunt de microorganismes multiresistents sobre els que es fa seguiment ha disminuït. En el cas de *SARM/MRSA* (*Staphylococcus aureus* resistent a meticilina) ha tornat a augmentar, mentre que en *Pseudomonas aeruginosa* i *Klebsiella Pneumoniae* multiresistents ha disminuït. Tanmateix es segueix fent un seguiment dels nous mecanismes de resistència (OXA-48). La resistència antibiòtica dels

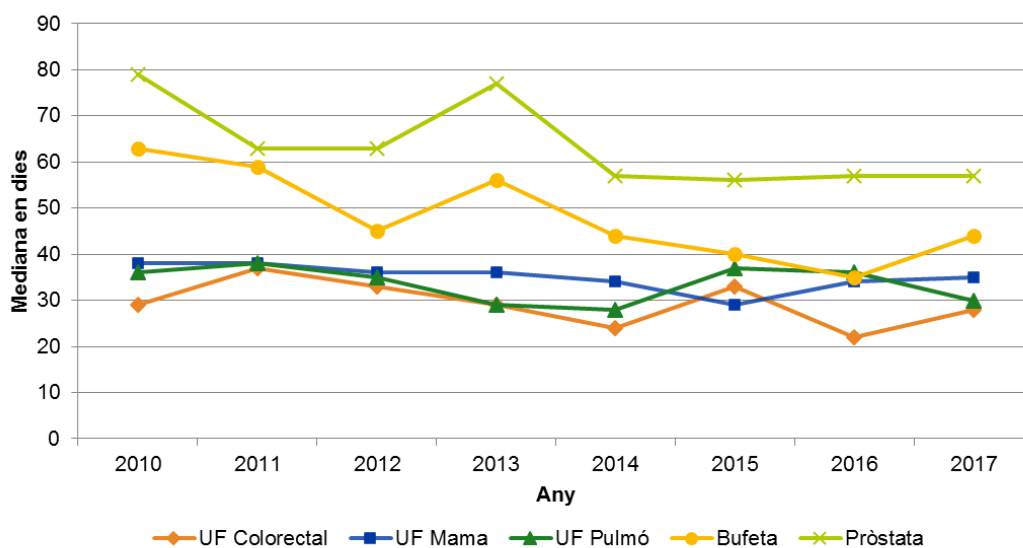
microorganismes és actualment un problema molt rellevant i una prioritat d'actuació a tots els nivells. El PSMAR està implicat en diferents projectes amb el Departament de Salut, el Ministeri i la Unió Europea.

Les taxes d'infecció en ferida quirúrgica segueixen disminuint de manera important en la cirurgia colorectal, assolint valors clarament inferiors a l'estàndard VINCAT (12,2% pel 2017). Per les artroplasties de genoll hi ha hagut un augment, tot i que es manté la taxa per sota de l'estàndard VINCAT del 2,2%. Per les artroplasties de maluc també ha augmentat la taxa d'infecció, superant l'estàndard VINCAT del 3,7 pel 2017.

El compliment de la higiene de mans en aguts es manté en nivells molt alts (clarament per sobre del 60% considerat a nivell internacional) i segueix incrementant-se, especialment en aquelles àrees que tenien el compliment de la higiene de mans com a objectiu DPO del 2017. En l'àmbit sociosanitari s'ha observat un increment rellevant. Tot i aquests 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, 2010-2017

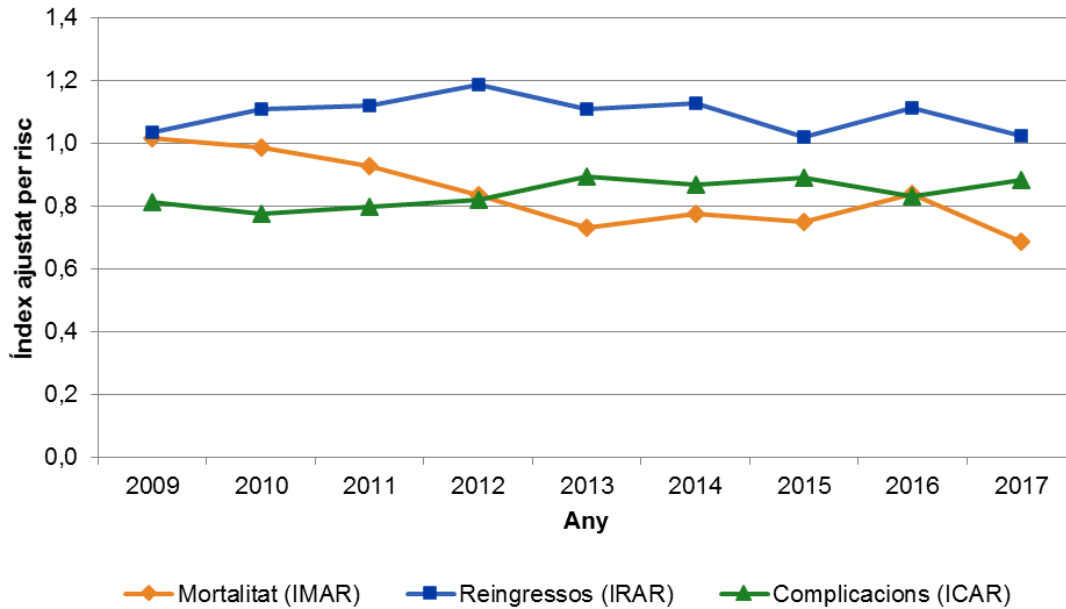


UF: Unitat Funcional

Els indicadors pels intervals entre primera consulta i tractament han disminuït en el càncer de pulmó, mentre que han augmentat en càncer de mama, colorectal i de bufeta. Cal destacar que en el 2017 hi ha hagut un augment del 40% en el nombre de casos de càncer de mama respecte el 2016 i que pel càncer colorectal la mediana segueix estant per sota del llindar de 30 dies.

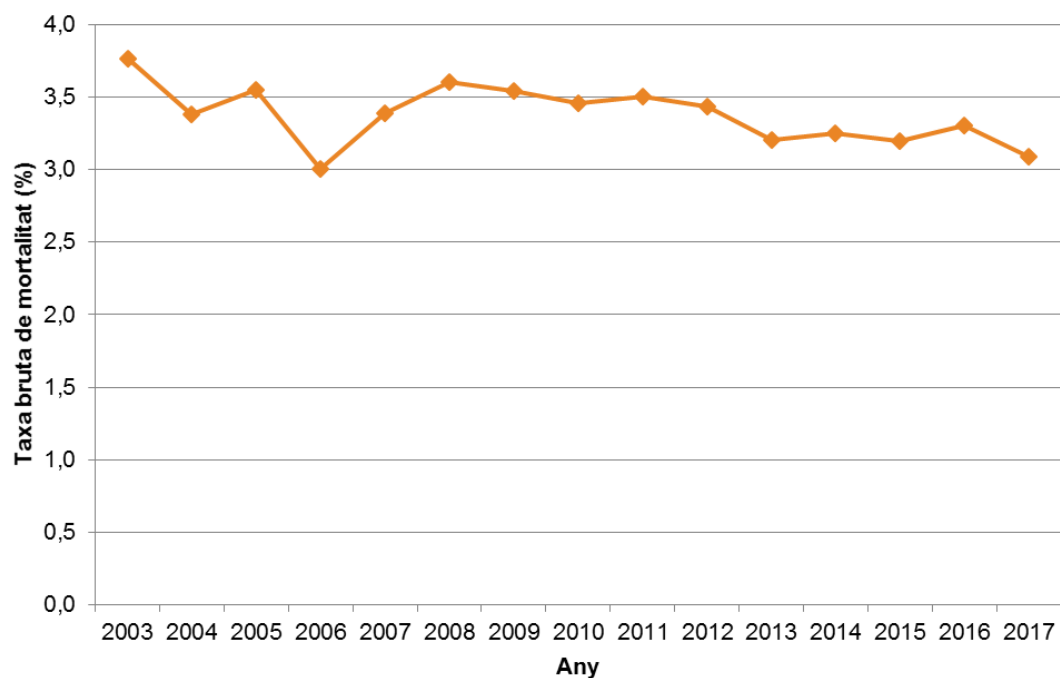
Mortalitat, Reingressos i Complicacions

Indicadors de mortalitat, reingressos i complicacions ajustats per risc 2009-2017



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 0,69 l'any 2017 indica una mortalitat intrahospitalària un 31% inferior a l'esperada si es compara amb una tipologia de pacients similars en patologia i risc de mort. L'ICAR de 0,88 indica que la taxa de complicacions és un 12% inferior a l'esperada l'any 2017. L'índex de reingressos (IRAR) ha tornat a disminuir fins a 1,02, que es pot considerar similar al valor esperat segons la norma de comparació.

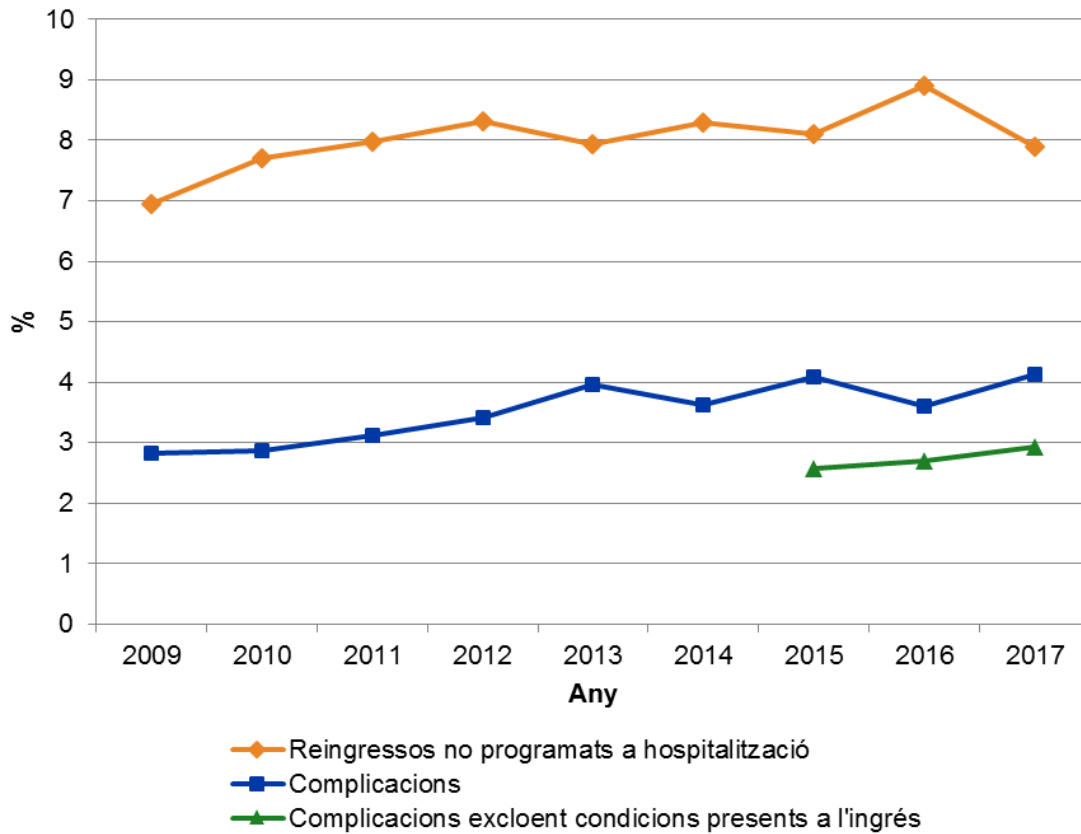
Taxa bruta de mortalitat, 2003-2017



La taxa bruta de mortalitat disminueix fins el 3,1% de les altes d'aguts.

La mortalitat a Urgències segueix disminuint fins el 0,16%, el que representa una disminució del 5,8% respecte el 2016.

Reingressos i complicacions, 2009-2017



El percentatge de reingressos urgents clínicament relacionats dins els primers 30 dies després de l'alta hospitalària s'ha situat en un 7,9%, el que representa una disminució absoluta de l'1% respecte l'any anterior.

El percentatge de reingressos a Urgències abans de 72 hores segueix augmentant, situant-se en el 5,4%.

El percentatge de complicacions torna a augmentar i recupera el valor de 4,1% del 2015. La taxa de complicacions eliminant les condicions presents a l'ingrés també segueix augmentant fins el 2,9%.

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

Com cada any des de l'any 2005 el Programa de Qualitat convoca els ajuts per a Projectes de Millora de la Qualitat assistencial.

Convocatòria 2017

L'any 2017 s'hi van presentar 9 projectes. Els tres projectes guanyadors van ser els següents:

Títol del projecte	Coordinador/a
Un sistema d'informació a temps real als familiars dels pacients dins del Bloc Quirúrgic	Dolors Giró
Infermeria Digital Radioteràpica: Teleinfermeria i consells de salut digitals en la sala d'espera	Paula Pérez / Manuel Algara
Programa d'atenció i suport a la segona víctima	Núria Penella

Resultats principals de projectes de convocatòries anteriors

Durant el 2017 s'han tancat tres projectes de les convocatòries anteriors. En destaquem els resultats principals:

Programa de vigilància de l'accés vascular per hemodiàlisi

Coordinadors: Eduard Mateos i Francesc Barbosa

Resultats principals: En els pacients en hemodiàlisi, les complicacions derivades de l'accés vascular comporten una elevada morbiditat. L'objectiu del projecte era millorar la supervivència dels accessos vasculars i reduir-ne les complicacions. Es va introduir una valoració vascular específica amb eco-doppler per confirmar sospita de lesió i una aplicació informàtica pel registre i detecció d'alteracions dels paràmetres hemodinàmics que es mesuren a diàlisi. Els resultats han mostrat una disminució del 30% del temps de demora entre la indicació de necessitat de l'accés vascular i la realització del mateix, una disminució del percentatge de primers accessos vasculars que no són útils per realitzar hemodiàlisi (del 27% al 9%; $p=0.011$) i un increment de la permeabilitat assistida de l'accés vascular (del 67% al 83%; $p=0.065$). Aquestes actuacions han quedat integrades a l'activitat habitual dels serveis implicats.

Avaluació de laboratori de la trombofília hereditària: una oportunitat per a la millora de la pràctica assistencial

Coordinadora: Carmen Jiménez

Resultats principals: Un elevat percentatge d'estudis de trombofília hereditària no presentaven una indicació correcta. El projecte va consistir en una revisió prospectiva de totes les peticions d'estudi de trombofília

hereditària que es van demanar a través del perfil disponible en el peticionari de l'IMASIS durant el 2016. Es va incorporar un aplicatiu enllaçat amb aquest perfil, de tal manera que quan l'usuari seleccionava el perfil de trombofília hereditària, s'obria automàticament una pantalla amb els criteris d'indicació de la prova. Els resultats del projecte van mostrar una disminució del número total d'estudis de trombofília hereditària realitzats i un augment en el percentatge d'estudis amb indicació correcta, que va passar del 35% al 54%. Els dos principals motius de mala indicació van ser la realització de l'estudi en pacients de més de 50 anys i la realització de la prova en fase aguda de la trombosi. L'aplicatiu, doncs, ajuda al prescriptor a millorar l'adequació de la indicació de la prova.

[Avaluació i detecció de necessitats no cobertes de les dones amb càncer de mama ateses a la Unitat Funcional de Mama de l'Hospital del Mar per dissenyar propostes de millora en la seva l'atenció](#)

Coordinadora: M del Mar Vernet

Resultats principals: El projecte tracta de donar resposta a les necessitats, entre d'altres, d'informació i de recolzament a les pacients afectades de càncer de mama. A partir d'un estudi qualitatiu es detecta, com a aspectes a millorar, que les dones volen més temps per entendre el diagnòstic i el que comporta, que voldrien tenir un paper més actiu en la presa de decisions i fer decisions compartides, i que voldrien més suport psicològic per elles i per a la família. També van expressar que la cirurgia sense ingrés els causa inseguretat i que agrairien un professional de referència per consultar i fer un seguiment integrat de possibles complicacions al llarg de la malaltia. Cal remarcar també que els resulta de gran ajuda compartir experiències amb altres pacients.

Les dades de l'estudi qualitatiu es complementen amb un estudi quantitatiu del que destaca, en concordança amb l'estudi qualitatiu, que les necessitats en l'àrea de benestar psicològic són les més importants. Quant a la identificació de grups de risc de presentar necessitats més elevades, destaca considerablement que aquelles pacients que tenen una percepció del seu estat de salut regular o dolent presenten més necessitats, sobretot en benestar psicològic i físic durant el primer mes, afegint-s'hi l'àrea de la sexualitat i del món sanitari al sisè mes. També destaca que als 6 mesos tenen menys necessitat d'informació sobre cures aquelles pacients que tenen coneguts o familiars que han passat pel mateix procés. A partir d'aquests resultats s'han dissenyat intervencions per de millora.

Finalment recordar que 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'ESDEVENIMENTS ADVERSOS

Accions derivades de l'avaluació d'esdeveniments adversos

Durant l'any 2017 s'han notificat 389 esdeveniments adversos. D'aquests, s'ha fet anàlisi causa-arrel de 22 casos a través de la Comissió Avaluadora de l'Activitat Assistencial (CA3). L'increment de casos notificats respecte l'any 2016 amb 182 notificacions (87.2%) es pot atribuir a la consolidació del referent de seguretat i al fet que la notificació d'esdeveniments adversos es va incloure com a objectiu DPO del 2017 en 22 Unitats de Gestió DPO.

De les anàlisi fetes s'han derivat diverses mesures o accions de millora que breument es detallen a continuació. Les accions han estat dutes 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 gestió de la fuga de pacients.
- ✓ Revisió del preoperatori i adequació de les proves en intervencions de cataractes.
- ✓ Revisió del procediment de trasllat de nadons.
- ✓ Revisió del criteri per la valoració dels pacients susceptibles de trasllat a una unitat de vigilància intensiva.
- ✓ Creació d'un protocol de segones víctimes.
- ✓ Millora de les alertes sobre al·lèrgies (IMASIS)
- ✓ Incloure a les peticions de trasllat si existeixen mesures especials d'aïllament del pacient.
- ✓ Formació activa als lliterers en seguretat del pacient, presencial i a través de l'@prèn.
- ✓ Alarma/correu que avisi al servei sol·licitant d'una exploració que ha de ser valorada.
- ✓ Millores informàtiques relatives a la prescripció, conservació i pauta d'insulines.
- ✓ Revisar criteris de valoració de les pacients embarassades a Urgències/Obstetrícia.
- ✓ Protocol sobre el trasllat de mostres des de Consultes Externes.
- ✓ Elaboració d'un protocol per a la creació de motlles per als pacients d'Oncologia Radioteràpica.
- ✓ Petició d'una màquina d'etiquetatge per a la identificació de mostres a la Sala de Parts.
- ✓ Revisió de material/utillatge (caudalímetres) a la unitat d'hospitalització de Psiquiatria d'aguts.
- ✓ Revisió per a la implementació de la sol·licitud i prescripció de components sanguinis a través de l'IMASIS.
- ✓ Protocol per a pacients amb tractament amb Sintrom que s'han de sotmetre a infiltració intraarticular programada (Reumatologia).
- ✓ Revisió del circuit de mostres al Centre Peracamps.

Caigudes i úlceres per pressió

Durant l'any 2017 s'han registrat 846 caigudes. Veure valoració de l'indicador a les pàgines 7-8.

Pel que fa a les úlceres per pressió intrahospitalàries s'han declarat un total de 609 úlceres, la majoria als centres d'aguts. Veure valoració de l'indicador a les pàgines 8-9.

Notificació d'errors al registre d'anestèsia.

L'any 2017 els professionals del Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor han notificat al SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) 67 incidents i han realitzat 34 anàlisi. Durant aquest any s'ha modificat la base de dades SENSAR i s'ha creat el nou sistema de notificacions anomenat PITELO, que facilitarà el procés de notificació dels incidents i permetrà una millora en l'anàlisi dels mateixos.

Podeu trobar l'informe complet sobre notificació d'esdeveniments adversos de l'any 2017 a la intranet a través de la ruta Programa de Qualitat > Què fem: Seguretat del Pacient > Sistema de notificació d'esdeveniments adversos: Informe de Notificacions d'esdeveniments adversos any 2017, o bé a través d'aquest [enllaç](#).

En el mateix apartat de la intranet, o seguint aquest [enllaç](#), també podeu trobar el llistat de referents de seguretat per servei i unitat.

SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (acreditació i ISO)

Acreditació de centres d'aguts

A través del Model d'Acreditació de Qualitat d'Aguts, tant des de l'Hospital del Mar com des de l'Hospital de l'Esperança, es vetlla per aconseguir majors nivells d'acreditació en qualitat, treballant per la implementació dels indicadors de qualitat no assolits en l'últim procés de l'acreditació. La puntuació obtinguda en l'última acreditació (any 2013) va ser de 91,1%. D'altra banda, s'ha iniciat la revisió dels indicadors no essencials per conèixer el seu grau d'assoliment i potencial de millora.

Projecte pilot d'avaluació externa dels Indicadors de Qualitat al Centre Fòrum

Des del Departament de Salut, amb el CatSalut i el Pla Director Sociosanitari, es va dirigir un projecte pilot per avaluar un conjunt d'indicadors que mesuren els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la seva família en l'entorn Sociosanitari. En el projecte hi van participar 4 centres de la Regió sanitària de Barcelona Ciutat i un d'ells va ser el Centre Fòrum del PSMAR.

Les dimensions incloses dins del procés d'avaluació van ser: 1) Atenció als pacients i família; 2) Aspectes relacionals i impacte de l'atenció; 3) Vigilància, prevenció i control de la infecció al centre; 4) Drets dels pacients i aspectes ètics de l'organització; 5) Desenvolupament dels professionals; 6) Gestió i millora de la qualitat del centre; i 7) Entorn segur de l'atenció. El total d'indicadors a avaluar va ser de 37.

De l'anàlisi de resultats cal destacar que el percentatge mitjà d'acompliment del conjunt d'indicadors va ser del 86,8%, arribant al 100% en les dimensions 3, 4, 5 i 7. Malgrat ser un projecte pilot per avaluar la factibilitat del procés i la utilitat dels indicadors, els resultats obtinguts són altament satisfactoris pel Centre Fòrum. Per les dimensions amb nivell més baix d'acompliment s'han suggerit accions de millora.

Norma ISO

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

- ✓ Servei de d'Anatomia Patològica, Biologia Molecular i Citogenètica
- ✓ Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària
- ✓ Unitats d'Esterilització (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Banc de Sang (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Laboratori de Referència de Catalunya (Hospital del Mar)

Durant l'any 2017 el Servei d'Anatomia Patològica, Biologia Molecular i Citogenètica, Banc de Sang i l'Institut Bonanova han obtingut la certificació a través de la Norma ISO 9001:2015 i està previst que la resta de serveis, que actualment disposen del sistema de qualitat ISO 9001:2008, assoleixin la nova acreditació al llarg dels propers mesos. Els principals canvis que suposa l'adaptació a la Norma ISO 9001:2015 són una major implicació de la Direcció, l'elaboració d'un mapa de riscos i la millora de la metodologia dels objectius/indicadors de qualitat, entre altres.

Per altra banda, cal destacar que la secció de Biologia Molecular del Servei de Patologia ha acreditat 6 tècniques segons la Norma ISO 15189 i segueix treballant per ampliar el nombre de tècniques acreditades al llarg de l'any 2018.

Degut al canvi d'ubicació durant l'any 2017 del Servei d'Oncologia Radioteràpica de l'Hospital de l'Esperança a l'Hospital del Mar, s'ha posposat l'obtenció de la certificació ISO 9001:2015 pels pròxims mesos.

En relació als resultats de les auditories, durant l'any 2017, tots els serveis amb aquest sistema de gestió de la qualitat han aconseguit puntuacions majors de 88 sobre 100. Com a punt fort identificat pels auditors destaca la implicació i motivació del personal en l'actualització i seguiment d'aquest sistema de qualitat en cadascuna de les unitats auditades, juntament amb la posada en funcionament de les noves instal·lacions i el compliment dels compromisos establerts en el sistema de gestió.

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 formalitzar els objectius indicant el grau d'assoliment previst per confirmar la seva resolució en termini.
- ✓ Es posa de manifest el retard a l'hora de dur a terme millores informàtiques a curt termini per millorar activitats de gestió i control del servei.
- ✓ Es recomana ampliar la freqüència en l'anàlisi de la satisfacció del professionals demandants del servei.
- ✓ Es recomana evidenciar més clarament l'anàlisi de repetibilitat de les incidències/no conformitats detectades.

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)
Domingo, Laia (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)^{1,2}
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)
Ferrández, Olivia (Servei de Farmàcia)
Garcia, Lourdes (Directora d'Infermeria)
Garreta, Marisa (Coordinadora Infermeria Àrea Sociosanitària)
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)
Horcajada, Juan Pablo (Servei de Medicina Infecciosa)
Ibáñez, Rocío (Directora Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum)²
Lasso de la Vega, Carmen (Direcció d'Infermeria)¹
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)
Merino, Ana (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)
Noguera, Alícia (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Pascual, Julio (Director Mèdic)
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^º (Secretaria Tècnica)

1: Membre del Grup Operatiu de Qualitat.

2: Incorporació 2018.

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