
 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

# MEMÒRIA DE QUALITAT 2022

<b>Realitzat</b>	<b>Revisat</b>	<b>Aprovat</b>
<b>Noms, cognoms i càrrec</b>	<b>Noms, cognoms i càrrec</b>	<b>Noms, cognoms i càrrec</b>
Dra. Pilar Barrufet. Coordinadora de Qualitat	Comitè de Qualitat i Seguretat del CSdM	Adjunt a Gerència
Sra. Thais Herrera/Sra. Nuria Rubí. Referents de Seguretat		Comitè de Direcció
Sra. Manoli Torres /Sra. Eva Luque. Secretaries de Qualitat		

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

Aquest informe s'ha realitzat amb la col·laboració dels Comitès de Qualitat i Seguretat, responsables del sistema de qualitat de la Norma ISO, referents dels projectes de seguretat dels pacients, Unitat d'Atenció a l'Usuari, Unitat de Gestió de la Informació, Departament de Comunicació i Imatge Corporativa i Direcció del CSdM.


**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## Índex

<b>1. RESUM .....</b>	<b>4</b>
<b>2. COMITÈ DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT .....</b>	<b>5</b>
<b>3. QUALITAT PERCEBUDA .....</b>	<b>5</b>
<b>4. FORMACIÓ .....</b>	<b>7</b>
<b>5. INDICADORS CLAUS .....</b>	<b>8</b>
<b>6. ACREDITACIÓ.....</b>	<b>9</b>
<b>7. ISO 9001:2015 (International Organization for Standardization). .....</b>	<b>9</b>
7.1. UCSI.....	9
7.2. FARMÀCIA.....	10
7.3 LABORATORI .....	11
<b>8. ATENCIÓ PRIMÀRIA .....</b>	<b>12</b>
<b>9. COMITÈS DE QUALITAT .....</b>	<b>14</b>
9.1. DOCUMENTACIÓ .....	14
9.2. DOLOR .....	14
9.3. FARMÀCIA.....	15
9.4. FARMÀCIA MARESME CENTRAL.....	15
9.5. ERRORS DE MEDICACIÓ .....	16
9.6. ÈTICA ASSISTENCIAL .....	16
9.7. INFECCIONS .....	17
9.8. MORTALITAT.....	18
9.9. MTEV .....	18
9.10. NUTRICIÓ.....	19
9.11. QUALITAT EN PERINATOLOGIA .....	19
9.12. QUALITAT UCSI .....	20
9.13. SEGURETAT URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES.....	21
9.14. RISC VITAL.....	21
9.15. TRANSFUSIÓ SANGUÍNIA.....	22
9.16. ÚLCERES.....	23
<b>10. NOTIFICACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS (EA) .....</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXOS.....</b>	<b>25</b>
ANNEX 1: RESULTAT INDICDORS DEL QC SEGURETAT DEL DEPARTAMENT DE SALUT .....	26
ANNEX 2: RESULTAT INDICADORS DE QC SEGURETAT DEL DEPARTAMENT DE SALUT. ATENCIÓ PRIMÀRIA .....	29
ANNEX 3: SNiSP Cat 2022. ....	30

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 1. RESUM

Les línies estratègiques de qualitat i seguretat de pacients de 2022 són les següents:

1. Reducció de les resistències bacterianes mitjançant la implantació de programes d'optimització de l'ús d'antibiòtics
2. Prevenició de la infecció
3. Ús segur dels medicaments i dels hemoderivats
4. Prevenició de caigudes
5. Prevenició d'úlceres per pressió
6. Seguretat a l'àrea quirúrgica
7. Identificació del pacient
8. Prevenició i control del dolor


Les accions planificades pel 2022 consten en el document de noves accions de qualitat i seguretat d'aquest any malgrat algunes no s'han realitzat per diferents motius.

S'han realitzat enquestes del PLAENSA i enquestes internes per avaluar la qualitat percebuda pels pacients.

L'activitat dels comitès de qualitat que va estar molt afectada per la pandèmia del SARS CoV2 s'ha anat normalitzant.

La notificació d'esdeveniments adversos s'ha fet amb la nova plataforma del Departament de Salut SNiSP.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 2. COMITÈ DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT

**Responsables:** Dra. Pilar Barrufet (Coordinadora de Qualitat), Sra. Thais Herrera (Referent de Seguretat).

**Núm. de reunions 2022:** 1

S'ha modificat la composició del comitè. S'han presentat les principals activitats de qualitat i seguretat de cada àmbit representat al comitè .

Seguiment:

El 2022 s'ha facilitat al Departament de Salut els resultats dels objectius de Seguretat del pacient de l'hospital d'aguts.

*QC de Seguretat del pacients de l'hospital d'aguts Annex 1.*


## 3. QUALITAT PERCEBUDA

**Responsable:** Anna González (Cap de la Unitat d'Atenció a l'Usuari).

1. Analitzats els informes normalitzats d'avaluació PLAENSA.
2. Les enquestes PLAENSA realitzades al 2022 són les següents:
  - Atenció urgent hospitalària
  - Atenció hospitalària
  - Atenció primària
  - Embaràs, part i puerperi
  - Sociosanitari St. Jaume
  - CMA

S'han analitzat els resultats de l'enquesta d'urgències proposant accions de millora pel 2023.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

Evolució de les **queixes, reclamacions, suggeriments:**


**2021**

Reclamacions	1.038
Queixes/ Consultes/ Demanda d'informació	9.061
Agraïments	43

**2022**

Reclamacions	1.218
Queixes/Consultes/Demanda d'informació	8.981
Agraïments	46

**Recordau:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.


 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

#### 4. FORMACIÓ

<b>FORMACIÓ EN QUALITAT I SEGURETAT</b>	
<b>Nom del curs</b>	<b>Participants</b>
Programa de garantia de qualitat en instal·lacions	3
Sessió formativa: Política de qualitat de la UCSI	6
Curs de seguretat de pacients	15
Indicacions per a la transfusió segura de la sang i dels components sanguinis	23
Programa de garantia de qualitat en radiodiagnòstic	13
Gestió del dolor	56
Auditor interno de sistema gestión de calidad 9001:2015	4
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 1 - Nivell 2	2
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 1 - Nivell 4	10
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 1 - Nivell 5	3
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 1 - Nivell 6	15
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 2 - Nivell 8	4
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 3 - Nivell 9	36
Qualitat i Seguretat dels pacients. Perfil 3 - Nivell 10	1
<b>FORMACIÓ EN PREVENCIÓ DE LA INFECCIÓ</b>	
Sessió formativa: Resolució i aclariment de dubtes sobre les mesures de precaució	27
Dia Mundial de la Higiene de Mans	32
Sessió formativa: Dubtes i aclariments de mesures de precaució de contacte	7
<b>Total</b>	<b>257</b>
<b>%</b>	<b>11,94</b>

Formació 2021: 388 (18,48%)

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 5. INDICADORS CLAUS

- Mortalitat taxa bruta: 3,6% (4,4%)<sup>1</sup>
- Índex de Mortalitat Ajustat per Risc (IMAR): 0,8547 (0,9966)<sup>1</sup>
- Índex de Complicacions Ajustades per risc (ICAR): 1,0186 (1,0190)<sup>1</sup>
- Readmissions taxa bruta: 7,9% (7,1%)<sup>1</sup>
- Índex de Readmissions Associades per risc (IRAR): 0,8743 (0,8336)<sup>1</sup>
- Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) Taxa bruta de substitució: 85,3% (86,5%)<sup>1</sup>
- Índex de Cirurgia sense ingrés ajustat (ICSIA): 0,9925 (1,0006)<sup>1</sup>
- Taxa de caigudes HM (x1000/estades): 1,73 (2,17)<sup>2</sup>
- Úlceres per pressió nosocomials: 0,24% (0,56%)<sup>2</sup>
- Taxa identificació activa: 28,83% (22,77%)<sup>3</sup>
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de còlon: 3,8% (7,8%)<sup>4</sup>
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de recte: 12,5% (3,3%)<sup>4</sup>
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis maluc: 3,5% (4,5%)<sup>4</sup>
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis genoll: 0,4% (0,4%)<sup>4</sup>
- Bacterièmia per infecció de Catèter Venós Central (CVC) associada a Nutrició Parenteral (NP) BAC-CVC / Núm. dies de NP: 1,80% (1,46%)<sup>4</sup>
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia colo-rectal: 77% (84%)<sup>4</sup>
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia protètica total: 76% (72%)<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Iametrics

<sup>2</sup> Business Object


<sup>3</sup> QC Seguretat Pacient

<sup>4</sup> Memòria C. Infeccions

\*Entre parèntesis, resultats de l'hospital de 2021

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 6. ACREDITACIÓ

Atenció especialitzada: certificat d'acreditació prorrogat fins el 31 de desembre de 2022.

Atenció primària: certificat d'acreditació prorrogat fins el 31 de desembre de 2022.

## 7. ISO 9001:2015 (International Organization for Standardization).

### 7.1. UCSI

Auditoria interna i auditoria de seguiment:

#### Seguiment d'objectius:

1. Certificació ISO 9001:2015: El sistema de gestió de Qualitat de la CMA ha estat auditat satisfactòriament per l'empresa Applus sense no conformitats.
2. S'ha fet enquesta del PLAENSA
3. S'han revisat les reclamacions, queixes, suggeriments i agraïments.
4. S'han revisat les incidències.
5. S'ha fet seguiment i anàlisi dels indicadors de qualitat.
6. S'ha fet seguiment i anàlisi dels riscos dels processos i de les parts interessades.

Totes les accions de 2022, estan documentades a la memòria i a l'informe de revisió del sistema de qualitat de 2022.


#### Memòria:

<http://gesdoc.csdm.cat/download/4608/Mem%C3%B2ria+UCSI+2022.pdf?preview>

#### Informe Revisió per la direcció:

<http://gesdoc.csdm.cat/download/4726/Informe+de+revisi%C3%B3+per+a+la+direcci%C3%B3+2023.pdf?preview>

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 7.2. FARMÀCIA

Alguns dels fets més destacats de l'any 2022, han estat els següents:

Col·laboració en l'elaboració del Pla Estratègic i en el seu procés d'implementació a través d'un grup impulsor.

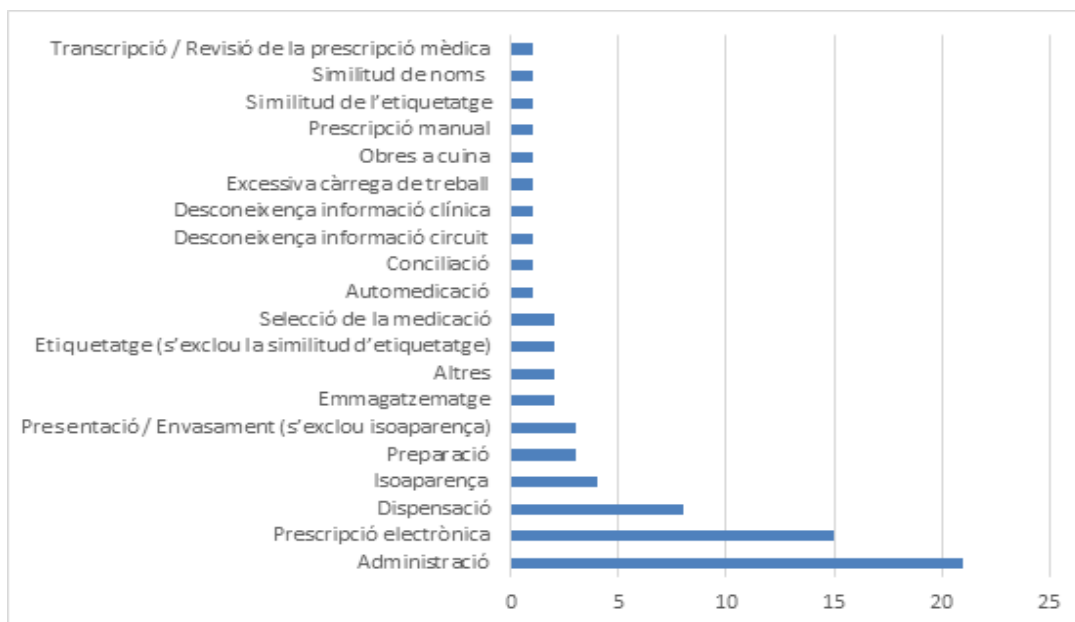
Certificació ISO 9001:2015. Durant el 2022, el sistema de gestió de qualitat del Servei de Farmàcia va ser auditat satisfactòriament per l'empresa externa Applus segons la norma ISO 9001:2015 l'abril del 2022.

Es van realitzar auditories de tots els procediments. Van sorgir un total de 6 observacions o oportunitats de millora.

Es van analitzar les no conformitats de les 215 notificacions d'esdeveniments adversos realitzades durant l'any 2022, 72 (33.5%) van estar relacionades amb medicació/oxigen/productes sanguinis/nutrició.


Les incidències es van classificar segons tipologia i risc:

1. **Administració:** 21 (29,2%).
2. **Prescripció electrònica:** 15 (20,8%).
3. **Dispensació:** 8 (11,1%).
4. **ISOaparença:** 4 (5,6%).



Gràfica 1. Classificació dels esdeveniments adversos notificats al 2022 segons TIPOLOGIA.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

Els acords resultants de l'anàlisi d'aquestes 72 notificacions van generar diverses accions de millora. Algunes es van poder portar a terme correctament i altres encara estan pendents.

Les accions de millora proposades són les següents:

1. Actualització de les biblioteques de medicaments de les bombes d'infusió contínua a UCI.
2. Inclusió de notes informatives per a l'ajuda a la prescripció mèdica informatitzada (PMI) i al full d'administració mèdica informatitzada (FAMI) (per exemple, administració de fosfat monopotàssic intravenós).
3. Actualització del protocol de risc vital.
4. Optimització del circuit de bombes intravenoses pel dolor a les unitats d'hospitalització.
5. Optimització de les mesures de seguretat en les obres de la cuina.
6. Canvis de presentacions comercials per minimitzar el risc de confusió per isoaparença.
7. Optimització de la identificació de diverses formulacions estèrils del bloc quirúrgic (per exemple: mitomicina, sugammadex, dexmedetomidina).
8. Obligatorietat d'indicar a la PMI la data d'inici dels tractaments que es prescriuen amb una freqüència superior a una setmana.

**Informe Revisió per la direcció:**


<http://gesdoc.csdm.cat/download/4536/REVISIO+PER+LA+DIRECCIO++2022.pdf?preview>

**7.3 LABORATORI**

L'informe de revisió per la Direcció ISO 9001:2015 de l'any 2022 es pot consultar al gestor documental.

[http://gesdoc.csdm.cat/download/4561/Revisi%C3%B3\\_Sistema\\_Qualitat\\_2022\\_+MATAR%C3%93.pdf?preview](http://gesdoc.csdm.cat/download/4561/Revisi%C3%B3_Sistema_Qualitat_2022_+MATAR%C3%93.pdf?preview)

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>			
	<b>Data:</b> Juliol 2023		<b>Versió:</b> 1	
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus			

## 8. ATENCIÓ PRIMÀRIA

El 2022 s'ha facilitat al Departament de Salut els resultats dels objectius de Seguretat del pacient d'Atenció Primària.

### Annex 2. Quadre de comandament de seguretat dels pacients a l'atenció primària.

Millorar la qualitat del registre de diagnòstics al ECAP.

	ABS MATARÓ CENTRE				ABS CIRERA MOLINS				ABS ARGENTONA			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2022	2021			2022	2021			2022	2021		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	92,75	92,57	0,18	0,19%	93,05	93,79	-0,74	-0,79%	91,91	91,43	0,48	0,52%
Adequació diagnòstica de la HTA	39,71	31,11	8,6	27,64%	32,63	24,85	7,78	31,31%	33,16	29,65	3,51	11,84%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	44,66	36,63	8,03	21,92%	37,61	34,48	3,13	9,08%	46,72	39,64	7,08	17,86%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	50,08	50,73	-0,65	-1,28%	36,42	36,4	0,02	0,05%	35,29	35,47	-0,18	-0,51%
Adequació diagnòstica obesitat	77,49	75,81	1,68	2,22%	67,73	65,58	2,15	3,28%	70,85	70,49	0,36	0,51%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	31,1	22,56	8,54	37,85%	12,7	12,2	0,5	4,10%	13,54	10,7	2,84	26,54%


### Anàlisi per EAP:

#### **ABS MATARÓ CENTRE:**

1. Estable l'EQD de DM2 i HTA.
2. Disminució de l'EQD en hipercolesterolèmia, malaltia respiratòria i cardiovascular i en obesitat.

	ABS MATARÓ CENTRE			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2022	2021		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	92,75	92,57	0,18	0,19%
Adequació diagnòstica de la HTA	39,71	31,11	8,6	27,64%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	44,66	36,63	8,03	21,92%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	50,08	50,73	-0,65	-1,28%
Adequació diagnòstica obesitat	77,49	75,81	1,68	2,22%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	31,1	22,56	8,54	37,85%

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>		
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1	
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus		

### ABS CIRERA MOLINS:

1. Estable l'EQD en malaltia respiratòria.
2. Millora l'EQD en DM2, HTA, hipercolesterolèmia.
3. Empitjorament en l'EQD en obesitat i malaltia cardiovascular


ABS CIRERA MOLINS				
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2022	2021		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	93,05	93,79	-0,74	-0,79%
Adequació diagnòstica de la HTA	32,63	24,85	7,78	31,31%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	37,61	34,48	3,13	9,08%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	36,42	36,4	0,02	0,05%
Adequació diagnòstica obesitat	67,73	65,58	2,15	3,28%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	12,7	12,2	0,5	4,10%

### ABS ARGENTONA:

1. Estable l'EQD de DM2, hipercolesterolèmia i malaltia cardiovascular i malaltia respiratòria.
2. Millora de l'EQD en HTA.
3. Empitjorament en l'EQD en obesitat.

ABS ARGENTONA				
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2022	2021		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	91,91	91,43	0,48	0,52%
Adequació diagnòstica de la HTA	33,16	29,65	3,51	11,84%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	46,72	39,64	7,08	17,86%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	35,29	35,47	-0,18	-0,51%
Adequació diagnòstica obesitat	70,85	70,49	0,36	0,51%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	13,54	10,7	2,84	26,54%

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <p><b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b></p>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 9. COMITÈS DE QUALITAT

Les actes i altres documents rellevants estan publicats al Gestor Documental.

### 9.1. DOCUMENTACIÓ

#### QUALITAT HC:

**Núm. de reunions 2022:** 1

**% global d'assistència:** 100%

*Seguiment:*

1. Reorganització de membres
2. S'ha realitzat l'Informe de qualitat de la HC de 2021 i s'ha presentat als comandaments.

### 9.2. DOLOR

**Responsable:** Dra. Paloma Ricós (Servei d'Anestèsia).

**Núm. de reunions:** 1

**% global d'assistència:** 57%


*Seguiment:*

1. Reorganització de membres
2. Anàlisi de la prevalença del dolor 2022 (UGI)
3. Unitat Dolor Agut (UDA)
  - Percentatge pacients amb dolor EVA  $\geq 3$ : 18,01%
  - Prevalença pacients post intervinguts amb dolor EVA  $\geq 3$ : 20,42% (Objectiu < 15,00%)
  - Prevalença pacients post intervinguts amb dolor EVA  $\geq 7$ : 0,70%

**Informe prevalença:**

<http://gesdoc.csdm.cat/download/4791/PrevalencaDolorAcumulat2022.pdf?preview>

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

### 9.3. FARMÀCIA

**Responsable:** Dr. Lluís Campins (Servei de Farmàcia).

**Núm. de reunions:** 2

**% global d'assistència:** 29%

*Seguiment:*

1. Inclusió a la Guia farmacoterapèutica de:
  - Mifepristona 200mg
  - Risperidona injectable (Okedi)
  - Upadacitinib, seguint les recomanacions del CatSalut
  - Buprenorfina (buvidal), seguint les recomanacions del SNS
  - Argipresina (Empressin), amb algunes condicions recomandes.

### 9.4. FARMÀCIA MARESME CENTRAL

**Responsable:** Dr. David López (Servei de Farmàcia).


**Núm. de reunions:** 2

**% global d'assistència:** 58%

*Seguiment:*

1. DMA 2022
2. IQF AGA: MATMAs, biosimilars enoxaparina
3. IQF EAP: Línies a treballar: individualitzar per centre
4. Seguretat en l'ús de medicaments:

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 9.5. ERRORS DE MEDICACIÓ

**Responsable:** Dra. Raquel Merino (Servei de Farmàcia).

**Núm. de reunions:** 6

**% global d'assistència:** 45%

*Seguiment:*

1. S'han analitzat totes les notificacions relacionades amb la medicació (72).
2. Objectius assolits:
  - Millorar el procés de lectura dels hemoderivats.
  - Millorat l'atenció farmacèutica a Urgències.
  - Donar resposta al Qüestionari Autoavaluació bianual obligatori del ISMP/Cat Salut sobre seguretat de pacients.
  - Complir amb el calendari de reunions bimensuals planificades (mínim 5 reunions).

## 9.6. ÈTICA ASSISTENCIAL

**Responsable:** Dr. Mateu Cabré (Servei M. Interna)

**Núm. de reunions:** 11


**% global d'assistència:** 42%

*Seguiment:*

1. Revisió de protocols:
  - Guia nova sobre la PRAM (Prestació d'ajuda a morir) Una guia per professional i una altra per pacients.
  - Esborranys d'aspectes bioètics sobre la telemedicina.
2. Activitat docent, formativa i divulgativa:
  - S'ha realitzar el 5è Curs bioètica del Consorci Sanitari del Maresme. Octubre-Novembre. 10 hores lectives.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

- Participació a la Tercera Jornada de Bioètica. “Respecte a l’autonomia de la persona malalta”. Com la gestionem els professionals i com l’hauríem de gestionar des de la perspectiva de la bioètica?.

## 9.7. INFECCIONS

**Responsable:** Dra. Pilar Barrufet (Servei M. Interna / Infeccions, Coordinadora de Qualitat)

**Núm. de reunions:** 6

**% global d’assistència:** 36%

*Seguiment.*


### 1. Protocols

- Mesures de prevenció i control de la Covid 19. Versió 10.
- Ús de les mascaretes per als procediments que generen aerosols.
- Protocol de neteja i desinfecció del material clínic reutilitzable.
- Tractament amb remdesivir o Ac monoclonals dels pacients amb la Covid 19 immunodeprimits.
- Normativa de productes sanitaris i equips de protecció individual.
- Col·locació i retirada dels EPI.

### 2. Altres accions:

- Proposta i implantació d’accions de millora per reduir la taxa d’ILQ de pròtesi de maluc.
- Proposta i implantació d’accions de millora per reduir la taxa d’hemocultius contaminats.
- Inici del projecte flebitis zero. Tall observacional i revisió, millora i avaluació del registre de catèters.
- Mesures correctores a la Unitat de Neonats després de la detecció d’Aspergillus sp. als CAM.
- Proposta i implantació d’accions de millora en el re processament dels endoscòpis digestius.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

- Avaluació de nous antibiòtics: meropenem/vaborbactam (Vaborem®), cefiderocol (Fetroja®).

Els resultats dels indicadors de vigilància de la infecció, ús d'antibiòtics, higiene de mans estan a la memòria del Comitè d'Infeccions 2022.

<http://gesdoc.csdm.cat/download/4606/mem%C3%B2ria+CI+2022+ENVIAT.pdf?preview>

## 9.8. MORTALITAT

**Responsable:** Dra. Montserrat Mauri (Servei de Medicina Interna)

Revisats casos de morts no esperades

## 9.9. MTEV

**Responsable:** Dra. Conxita Falga (Servei de Medicina Interna)


**Núm. de reunions:** 3

**% global d'assistència:** 63%

*Seguiment:*

1. Renovació de membres.
2. Actualització del protocol de MTEV. No finalitzat.
3. Preparació de l'acreditació d'una unitat de MTEV al nostre hospital.
4. Revisió de casos complexos de malaltia tromboembòlica venosa

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## 9.10. NUTRICIÓ

**Responsable:** Dra. Itziar Martinez de Lagran (UCI)

**Núm. de reunions:** 3

**% global d'assistència:** 52%

*Seguiment:*

1. Recolzar la formació d'una comissió multidisciplinària per vigilar els errors en l'administració i dispensació de fàrmacs. (Arrel de detectar casos d'errors en la dispensació de suplementos orals)
2. Realització del protocol de nutrició enteral hospitalària. Realitzat pel servei de dietètica i nutrició i revisat pels integrants de la comissió.
3. Posada en marxa del control gravimètric de la nutrició parenteral a Farmàcia.
4. S'ha avaluat la indicació de les NP, recomanant en diverses ocasions la revaloració de la necessitat de dit tractament.

## 9.11. QUALITAT EN PERINATOLOGIA

**Responsable:** Eduard Lobera (Servei de Pediatria)


**Núm. de reunions:** 5

**% global d'assistència:** 46%

*Seguiment:*

1. S'han realitzat una sèrie de sessions sobre l'ús de substàncies tòxiques en dones gestants:
  - Conèixer l'impacte sobre la gestació i sobre els fetus/nadons exposats a substàncies tòxiques, en concret al cànnabis, donada la impressió que el seu consum està augmentant en dones embarassades. Es van presentar dues revisions bibliogràfiques:
    - o "Efectes del consum de cànnabis sobre la gestació i el fetus".
    - o "Alletament matern i ús de cànnabis".
  - S'ha insistit amb la importància de disposar d'un circuit de derivació àgil de les gestants usuàries de substàncies tòxiques al CAS (Centre d'Addiccions i Salut) de l'hospital de Mataró, per a poder establir un vincle que permeti un millor seguiment d'aquestes

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

gestants. Es va convidar el Sr Amílcar Peña, psicòleg del CAS, per a poder compartir la seva experiència i consells davant aquest tipus de situacions.

- S'ha revisat la casuística de casos detectats.

2. Protocols realitzats:

- Protocol d'actuació davant del dol perinatal.

## 9.12. QUALITAT UCSI

**Responsable:** Dr. Lluís Hidalgo (Servei de Cirurgia)


**Núm. de reunions:** 6

**% global d'assistència:** 78%

*Seguiment:*

1. S'han assolit els indicadors d'ambulatorització, reintervencions, temps d'espera preoperatori i visites a urgències.
2. S'ha millorat en els indicadors d'ingressos i reingressos.
3. Assoliment dels objectius:
  - Aconseguir ambulatoritzar el 20% de les cirurgies de patologia mamària maligna.
  - Millorar el coneixement de la Política de Qualitat del Personal de la UCSI.
  - Acció Formativa amb el Personal de la UCSI: "Alta domiciliària del pacient".
  - Millorar la satisfacció del Temps d'Espera abans d'anar a domicili.
4. Revisió de reclamacions, queixes i agraïments
5. Revisió de les No Conformatats

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <p><b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b></p>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

### 9.13. SEGURETAT URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES

**Responsable:** Ingrid Badia (Servei de Pediatria)

**Núm. de reunions:** 2

**% global d'assistència:** 52%

*Seguiment:*

1. Formació continuada en forma de tallers de simulació de nen greu. S'han realitzat dues edicions:
  - Març del 2022 (dies 14, 15, 24 i 25).
  - Novembre 2022 (dies 21, 23 i 30).
2. Realització del Taller de Ventilació No Invasiva, oxigenoteràpia i Alt Flux: Maig 2022 (dies 17, 23 i 25).
3. S'ha realitzat el Protocol de Sedo-analgèsia per a Procediments en Pediatria.
4. Realització del Curs d'Iniciació a Urgències de Pediatria adreçat a infermeria. Primera edició 23 i 24 de Maig del 2022.

### 9.14. RISC VITAL

**Responsable:** Dr. JC Yébenes / I. Anglade (UCI)


**Núm. de reunions:** 1

**% global d'assistència:** 44%

*Seguiment:*

1. Formació:
  - S'han format 15 persones en metodologia de la simulació
2. DERVI (Detecció del Risc Vital).
  - Hospitalització: s'ha fet un programa pilot en la Unitat 1 (UH1) en el que s'ha observat una millora de la qualitat en el monitoratge de les constants vitals i s'ha rebut feedback d'elements confusos o que sobreestimen el risc. La escala EWS s'ha modificat en la temperatura (desestima la hipotèrmia), la bradipnea (la desestima) i es gradua la valoració neurològica (alerta, respon a la veu, al dolor o arreactiu) per facilitar la valoració.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

- Extrahospitalària: el SEM ha incorporat NEWS a les tablets dels tècnics per fer prealerta a triatge.

## 9.15. TRANSFUSIÓ SANGUÍNIA.

**Responsable:** Dra. Àlicia Ruiz (Servei Laboratori)

**Núm. de reunions:** 1


**% global d'assistència:** 57%

*Seguiment :*

1. Renovació de membres de la comissió.
2. S'ha continuat amb la implantació de la sol·licitud d'hemoderivats informatitzada, integrada a Tesis.
3. Formació de DUI (capacitació i recapacitació en l'administració de components sanguinis)
  - 2 nous certificats
4. Ús de la PDA:
  - Es fa seguiment de l'ús de la PDA en els diferents Serveis/Unitats d'infermeria des de la UGI.

	n (209)	NO	% Sin Inf
HDIA	12	1	8,3%
ST JAUME	3	2	66,7%
PARTS	1	1	100,0%
QUIR	7	7	100,0%
UCI	28	14	50,0%
UH1	24	3	12,5%
UH2	46	8	17,4%
UH3	3	3	100,0%
UH4	6	0	0,0%
UH5	7	2	28,6%
UH6	22	6	27,3%
UH8	9	0	0,0%
URG	40	17	42,5%

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

5. Activitat: Disminució global en l'ús de components sanguinis del 2,9%.

	HEMATIES	PLASMA	PLAQUETES
Unitats 2022	2548	49	106
Unitats 2021	2587	72	124
VARIACIÓ (%)	-1,51%	-31,94%	-14,52%
VARIACIÓ (Unitats)	-39	-23	-18

## 9.16. ÚLCERES

**Responsables:** Sra. Yolanda Holguin

**Núm. de reunions:** 1

*Seguiment:*

1. S'han revisat i fet informes tècnics dels nous apòsits o de les modificacions dels apòsits existents que s'han enviat a compres. Així també s'ha fet la valoració tècnica dels apòsits dels expedients de concurs públic.
2. S'ha elaborat la nova guia de pràctica clínica, pendent de aprovar i publicar al Gestor documental.
3. S'ha planificat formació per explicar la nova guia de pràctica clínica.

## 10. NOTIFICACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS (EA) (Plataforma SNI SP)

Les notificacions s'han realitzat a la nova plataforma SNI SP del Departament de Salut.


Durant l'any 2022 s'han notificat 217 esdeveniments adversos a l'hospital d'aguts, 13 als centres d'Atenció Primària i 2 al centre d'Atenció Intermèdia.

El 2021 se'n van notificar 256 en l'antiga plataforma TPSC-Cloud.

A l'hospital d'aguts el percentatge d'incidents tancats és del 84,3%. Infermeria ha fet un 66% de les notificacions, seguida de farmacèutics 7,4% i metges 6,9%.

L'àrea que més incidències ha notificat és l'hospitalització: 45%, seguida d'UCIES: 27%, i Àrea Quirúrgica 18%.

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

Els errors de medicació són el tipus d'incident més freqüent: 29'5%, seguits dels de gestió clínica i de procediments: 20,3% i els de gestió clínica administrativa i de dispositius o equipaments assistencials: 11 i 10% respectivament.

El risc que ha suposat l'incident és molt baix o baix en el 69% dels registres.


Es fa ACR de 2 esdeveniments adversos en 2 pacients que van ser èxits.

Es fa ACR de 4 esdeveniments adversos en els que està implicada AP de l'ICS.

### **Annex 3 SNiSP Cat 2022**


**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

# ANNEXOS


**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## ANNEX 1: RESULTAT INDICDORS DEL QC SEGURETAT DEL DEPARTAMENT DE SALUT


Codi	Nom Indicador	Llindar recomanat	Gener-Desembre 2022	
			Resultats	
SP 01.1P	Implantació d'un protocol de prevenció i tractament d'úlceres per pressió	100%	100,00%	
SP 01.2P	Valoració del risc d'úlceres per pressió.	95%	<b>Hospitalització:</b> 90,24% <b>UCI:</b> 52%	
SP 01.3P	Úlceres per pressió relacionades amb l'atenció sanitària (nosocomials)segons el grau	6-8%	<b>Hospitalització:</b> 0,24% Grau I: 0,25% Grau II: 0,20% Grau III: 0% Grau IV: 0,01%	<b>UCI:</b> 0,67% Grau I: 0,22% Grau II: 0,45% Grau III: 0% Grau IV: 0%
SP 02.1P	Valoracions del risc de caigudes	90%	87,36%	
SP 02.2P	Caigudes en pacients hospitalitzats	<2 caigudes per 1000 estades	1,73‰	
SP 02.3P	Caigudes amb lesió en pacients hospitalitzats	<0,6 caigudes amb lesió per 1000 estades	0,67‰	
SP 03.1P	Implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	Fet	
SP 03.2P	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	84,19%	
SP 03.3P	Avaluació de l'aplicació de tots els ítems que inclou la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	75,90%	
SP 04.1P	Transfusió errònia per identificació inadequada del pacient	0,1	0,0‰	
SP 05.1P	Professionals que han realitzat formació sobre higiene de les mans		2,42%	
SP 05.2P	Professionals que han realitzat activitats formatives sobre els 5 moments en HM (utilització de l'eina de l'OMS)		2,42%	
SP 05.3PB	Llits amb preparats de base alcohòlica al punt d'atenció		<b>Hospitalització:</b> 86,82% <b>UCI:</b> 100%	
SP 05.4P	Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans (Litres/estades)	<b>Hospitalització:</b> >30L per 1000 estades <b>UCI:</b> >80L per 1000 estades	<b>Hospitalització:</b> 17,66 ‰ <b>UCI:</b> 50,42 ‰	
SP 05.5PA	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment dels 5 moments en higiene de les mans (o d'algun dels 5 moments) segons criteris de l'OMS?	60%	<b>No realitzat</b>	
SP 05.5PB	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment en higiene de les mans amb un preparat de base alcohòlica?	60%	<b>No realitzat</b>	
SP 05.6P	L'hospital ha realitzat l'autoavaluació en HM segons els criteris de l'OMS	100%	<b>No realitzat</b>	
SP 05.7P	L'hospital disposa d'un sistema prospectiu que mesuri la infecció relacionada amb l'atenció sanitària	100%	100%	

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>		
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1	
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus		


SP 05.8PA	Pneumònia associada a ventilació mecànica a les UCIs en adults	< 9 episodis per 1.000 dies de ventilació mecànica	3,45‰
SP 05.9PA	Existència d'un protocol de profilaxi antibiòtica en intervencions quirúrgiques	100%	100%
SP 06.1AP	Existència d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc	100%	100%
SP 06.2PA	Implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients	100%	100%
SP 06.2PB	Grau d'implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients	100%	100%
SP 06.3PA	Aplicació del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" durant els dos últims anys	100%	Realitzat el 2022
SP 06.6P	Desenvolupament d'un programam d'optimització de l'ús d'antibiòtics (PROA)	100%	92,31%
SP 07.1P	Existència d'un protocol per a la identificació inequívoca de pacients	100%	100%
SP 07.2P	Grau de cobertura de la identificació inequívoca de pacients	95%	95,86%
SP 07.3P	Existència d'un protocol per a la identificació activa de pacients en situació de risc	100%	100%
SP 07.4P	Grau d'acompliment de la identificació activa dels pacients en situació de risc.	95%	28,83%
SP 07.5P	Existència d'un protocol d'identificació, presa, maneig i trasllat de proves biològiques	100%	100,00%
SP 10.1P	Existència d'un pla de seguretat i de manteniment	100%	100%
SP 11.1PB	Avaluació de les millores dels punts crítics de seguretat dels pacients	100%	7 millores de punts crítics
SP 13.1P	Professionals formats en seguretat dels pacients		8,01%
SP 13.2P	Formació en seguretat dels pacients en el programa de formació sanitària especialitzada	100% residents 100% tutors	Pràctica d'higiene de mans: 100% Residents 0% Tutors Ús segur de medicació d'alt risc: 100% Residents 0% Tutors Conciliació de medicació a l'alta: 100% Residents 0% Tutors Aplicació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica: 100% Residents 0% Tutors Identificació activa dels pacients en situació de risc: 100% Residents 0% Tutors Notificació d'incidents/esdeveniments adversos: 100% Residents 0% Tutors
SP 14.1P	Queixes i reclamacions sobre aspectes de seguretat dels pacients		0,16%
SP 15.1P	Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals a la formació contínua sobre seguretat dels pacients	100%	100%
SP 16.1P	Sessions formatives per a pacients i familiars en seguretat dels pacients		0
SP 17.1P	Gestió dels incidents / esdeveniments adversos notificats		84,30%
SP 17.2P	Esdeveniments adversos de risc extrem notificats que generen un pla de millora	100%	100%
SP 18.1P	El quadre de comandament de l'hospital inclou indicadors de seguretat dels pacients per avaluar-los, revisar-los i proposar millores	100%	100%

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

SP 21.1P	L'hospital disposa d'un Pla de seguretat dels pacients	100%	100%
SP 26.1P	Taxa de rebuig d'imatges o de repetició d'imatges		7,29% (sistemes digitals)
SP26.1P	Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en adults	≤ 10% en adults (> 14 anys)	<b>No avaluat</b>
SP 26.2BP	Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en infants	≤ 5% en població pediàtrica (≤ 14 anys)	<b>No avaluat</b>
SP 26.3P	Consentiment informat en procediments intervencionistes amb risc radiològic elevat	100%	<b>No avaluat</b>


**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

## ANNEX 2: RESULTAT INDICADORS DE QC SEURETAT DEL DEPARTAMENT DE SALUT. ATENCIÓ PRIMÀRIA

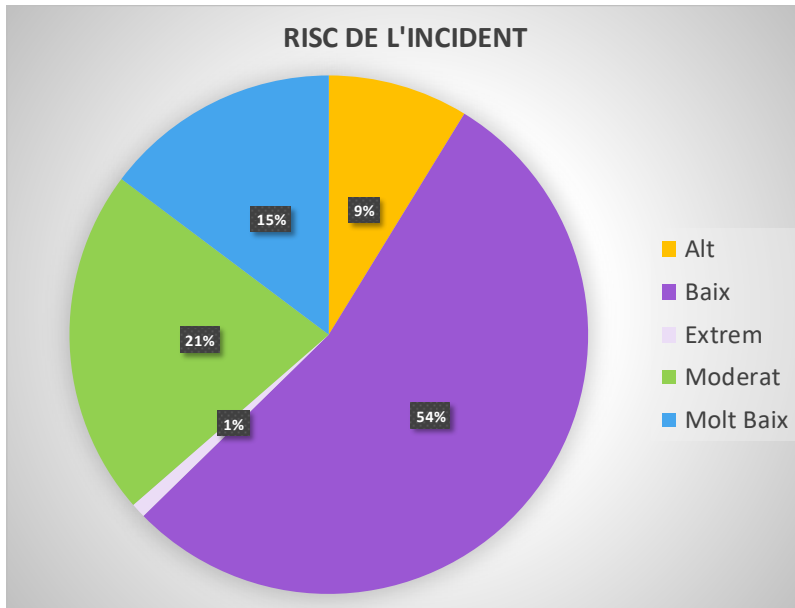
Quadre de comandament de seguretat dels pacients a l'atenció primària: relació d'indicadors 2022			MATARÓ 2	MATARÓ 4	ARGENTONA
1. Pla de formació continua	SP AP 01.1P	<b>Professionals formats en reanimació cardiopulmonar (RCP) bàsica</b> Nombre de professionals formats en RCP bàsica Nombre total de professionals del centre	1 48	6 56	0 41
	SP AP 01.2P	<b>Professionals formats en seguretat dels pacients</b> Nombre de professionals sanitaris i no sanitaris que han rebut formació en seguretat dels pacients Nombre total de professionals sanitaris i no sanitaris al centre durant el període avaluat	1 48	7 56	4 41
	SP.AP.03P	<b>Professionals de nova incorporació que han realitzat l'acollida</b> Nombre de professionals de nova incorporació a l'EAP que han fet l'acollida Nombre total de professionals de nova incorporació	4 4	14 14	10 10
	SP.AP.04P	<b>Professionals que han realitzat formació en codi IAM</b> Nombre de professionals que s'han format en codi IAM Nombre total de professionals del centre	0 48	6 56	0 41
	SP.AP.05P	<b>Professionals que han realitzat formació en codi Ictus</b> Nombre de professionals que s'han format en codi Ictus Nombre total de professionals del centre	0 48	6 56	0 41
2. Pla de gestió de la qualitat	SP AP 02.2P	<b>Existència de la guia farmacoterapèutica vigent i que ha d'estar a l'abast dels professionals</b> Hi ha un document normalitzat (nom oficial del document; data de l'elaboració o última actualització; institució responsable; procés de revisió i actualització del document del centre; etc.) validat per la Direcció del centre? Hi ha un sistema que avaluï la implantació d'aquest document normalitzat? En cas afirmatiu indiqueu la darrera data de l'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)	si si 28/12/2022	si si 28/12/2022	si si 28/12/2022
	SP AP 02.3P	<b>Revisió de la medicació en pacients polimedicats</b> Pacients polimedicats amb revisió de la medicació Total de pacients polimedicats	381 381	700 700	451 451
	SP AP 02.4P	<b>Absència de medicaments caducats</b>	si	Si	si
	SP AP 02.5P	<b>Existència d'un registre efectiu de control diari i manteniment de la temperatura de les neveres</b>	si	Si	si
	SP AP 02.6P	<b>Existència d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc en pacients crònics (MARC)</b> Hi ha un document normalitzat i validat per la Direcció del centre? Hi ha un sistema que n'avalui la implementació (que inclouï indicadors d'avaluació)? En cas afirmatiu indiqueu la darrera data de l'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)?	si si 15/11/2022	si si 15/11/2022	si si 15/11/2022
3. Gestió de material	SP AP 03.1P	<b>Revisions del carretó d'aturada segons el procediment del centre</b> Nombre de revisions del carretó d'aturada realitzades segons el procediment del centre Nombre total de revisions del carretó d'aturada previstes	12 12	12 12	12 12
	SP AP 03.2P	<b>Absència de material fungible caducat</b>	Si	Si	Si
	SP AP 03.3P	<b>Anàlisi de les incidències dels serveis de laboratori de referència</b> Nombre d'incidències dels serveis de laboratori de referència analitzats Nombre total d'incidències dels serveis de laboratori de referència detectats	465 465	592 592	683 683
4. Control i seguiment dels sistemes de registre d'esdeveniments adversos i dels sistemes d'informació	SP AP 04.1P	<b>Notificació d'incidents, esdeveniments de salut sentinella i errors de medicació</b> Nombre de notificacions d'incidents al TPSC Cloud Nombre d'esdeveniments sentinella notificats al TPSC Cloud Nombre d'errors de medicació notificats al TPSC Cloud Població assignada atesa	3 0 1 14.690	3 0 1 18.661	7 0 0 15.054
	SP AP 05.1P	<b>Control biològic de l'esterilització</b> Nombre de controls d'espores Nombre de sessions d'autoclau realitzades	34 222	40 416	25 147
	SP AP 05.2P	<b>Consultes/àrees i sales amb dispensadors de solució alcohòlica</b> Nombre de consultes, àrees i sales amb dispensadors de solució alcohòlica Nombre total de consultes al centre, àrees i sales al centre	22 22	39 39	36 41
5. Prevenció i control de la infecció	SP AP 05.3P	<b>Professionals sanitaris que han fet formació sobre "higiene de mans" (HM)</b> Nombre de professionals sanitaris formats en HM Nombre total de professionals sanitaris del centre	0 39	0 37	0 32
	SP AP 05.4P	<b>Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans</b> Nombre de litres de preparat de base alcohòlica (PBA) entregats a l'EAP Nombre de visites de pacients realitzades l'any avaluat	69,82 81.736	82,65 108.207	60,32 76.018
6. Desenvolupament de l'estratègia i del pla de seguretat dels pacients	SP AP 06.1P	<b>Existència d'un pla de seguretat dels pacients NOU</b> Hi ha un document normalitzat i validat per la Direcció del centre? Hi ha un sistema que n'avalui la implementació (que inclouï indicadors d'avaluació)? En cas afirmatiu indiqueu la darrera data d'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)?	si si si 15/12/2022	si si si 15/12/2022	si si si 15/12/2022

**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.

 <b>CONSORCI SANITARI DEL MARESME</b>	<b>MEMÒRIA QUALITAT 2022</b>	
	<b>Data:</b> Juliol 2023	<b>Versió:</b> 1
	<b>Tipus de document:</b> <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

### ANNEX 3: SNI SP Cat 2022.

## HOSPITAL DE MATARÓ



INCIDENTS NOTIFICATS: 217

### GRAVETAT

Circumstància notificable (no arriba al pacient 1)	43	19,82
Esdeveniment advers: danys temporals (moderat 1)	22	10,14
Esdeveniment advers: hospitalització (moderat 2)	5	2,30
Esdeveniment advers: mort (Catastròfic)	1	0,46
Esdeveniment advers: situació crítica (Crític 2)	3	1,38
Esdeveniment advers: va requerir observació del pacient (menor)	19	8,76
Incident sense danys (mínim)	105	48,39
Quasi incident (no arriba al pacient 2)	19	8,76
<b>TOTAL</b>	<b>217</b>	<b>100</b>

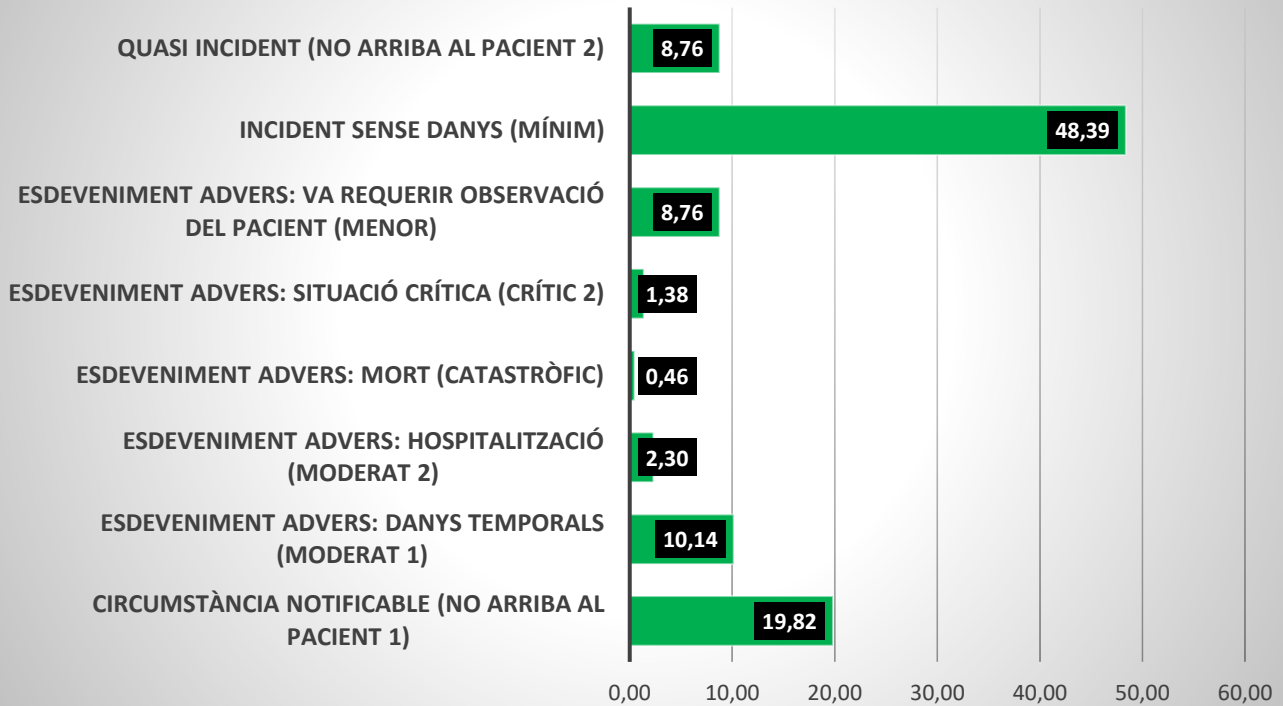
**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



Tipus de document:

Circuit                       Manual                       Normativa                       Pla  
 Procediment                       Protocol                       Altre tipus

## GRAVETAT DE L'INCIDENT (en %)



## CATEGORIA PROFESSIONAL QUE NOTIFICA (en %)



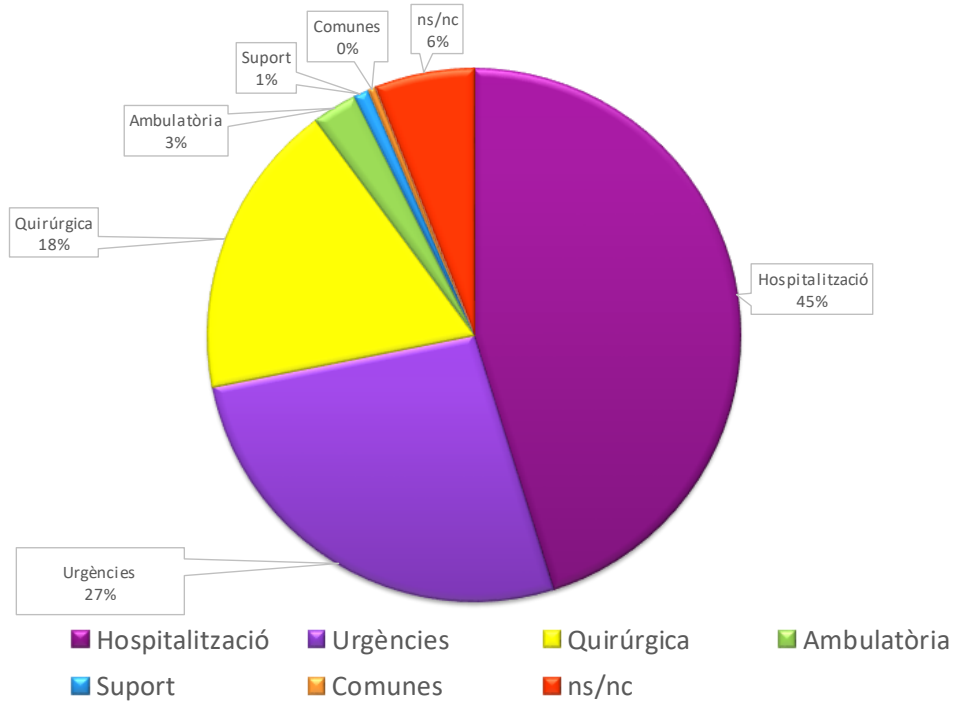
**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



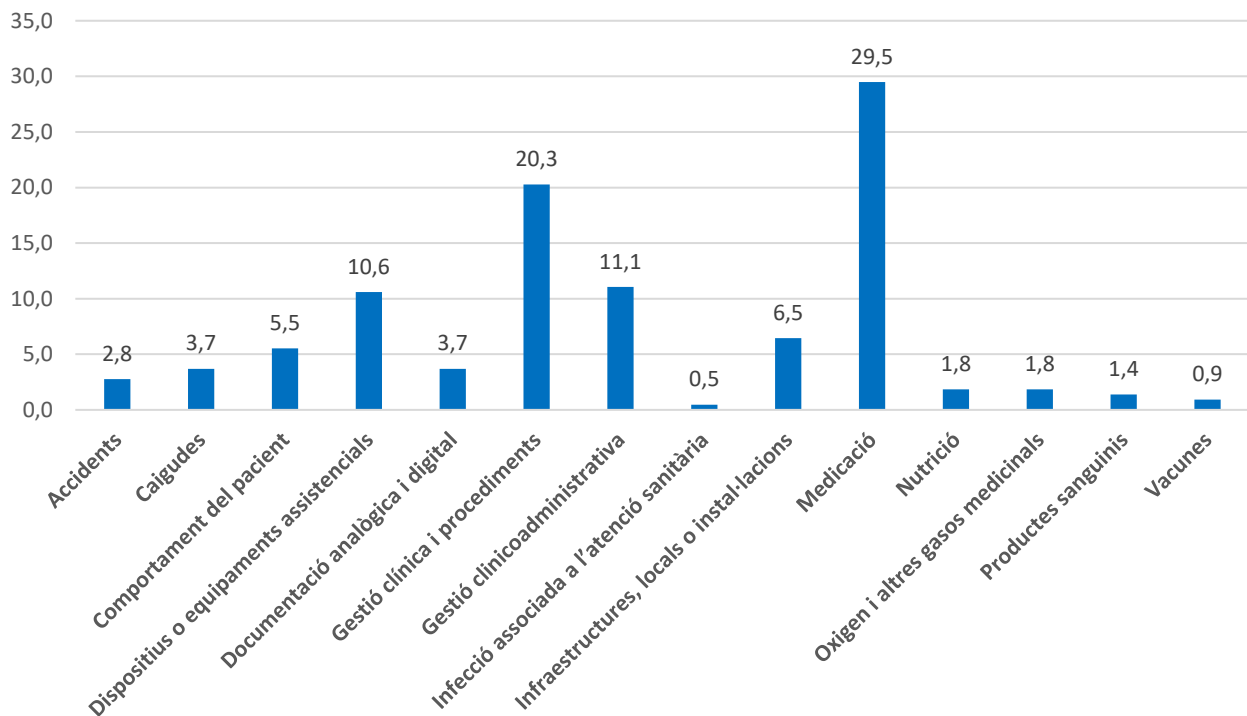
**Tipus de document:**

Circuit       Manual       Normativa       Pla  
 Procediment       Protocol       Altre tipus

**UBICACIÓ EN QUE ES PRODUÏX L'INCIDENT (en %)**



**TIPUS D'INCIDENT (en %)**



**Recordau:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.





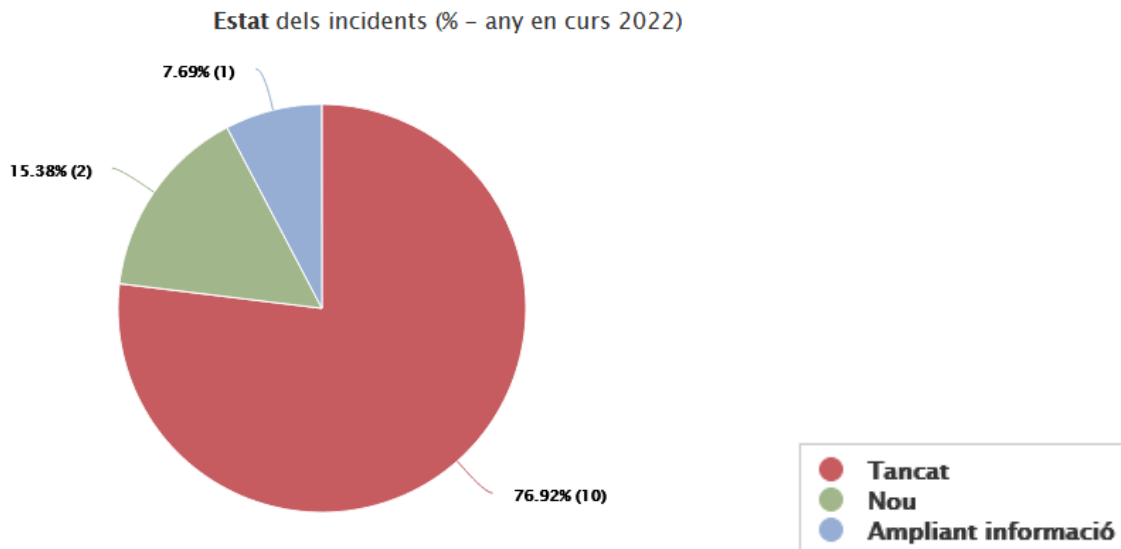
**Tipus de document:**

- Circuit                       Manual                       Normativa                       Pla  
 Procediment                       Protocol                       Altre tipus

## ATENCIÓ PRIMÀRIA



INCIDENTS NOTIFICATS: 13



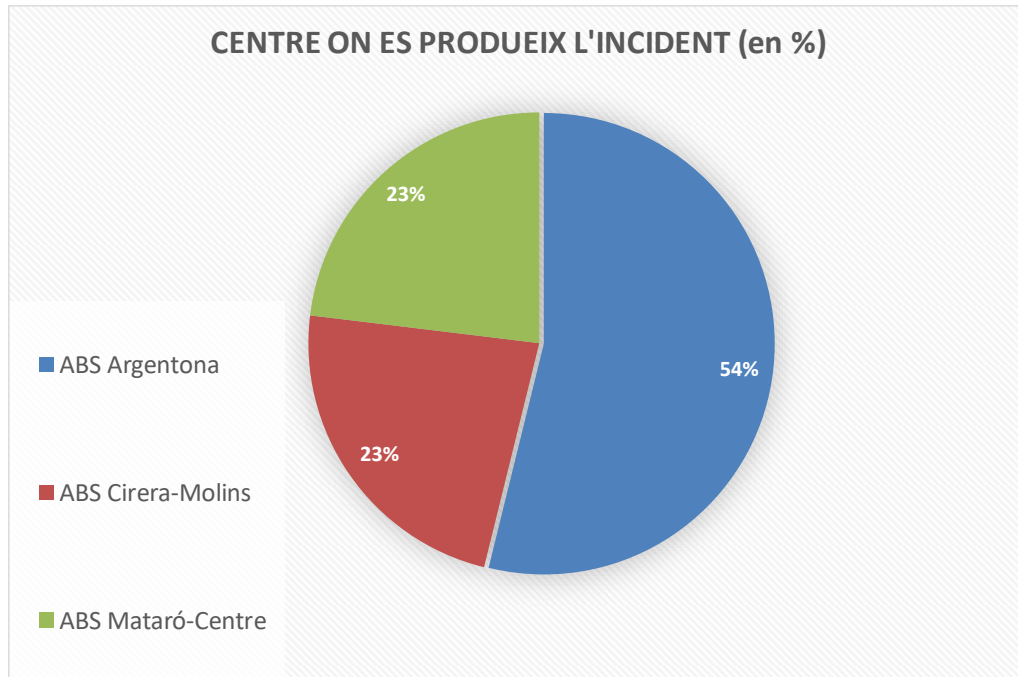
**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



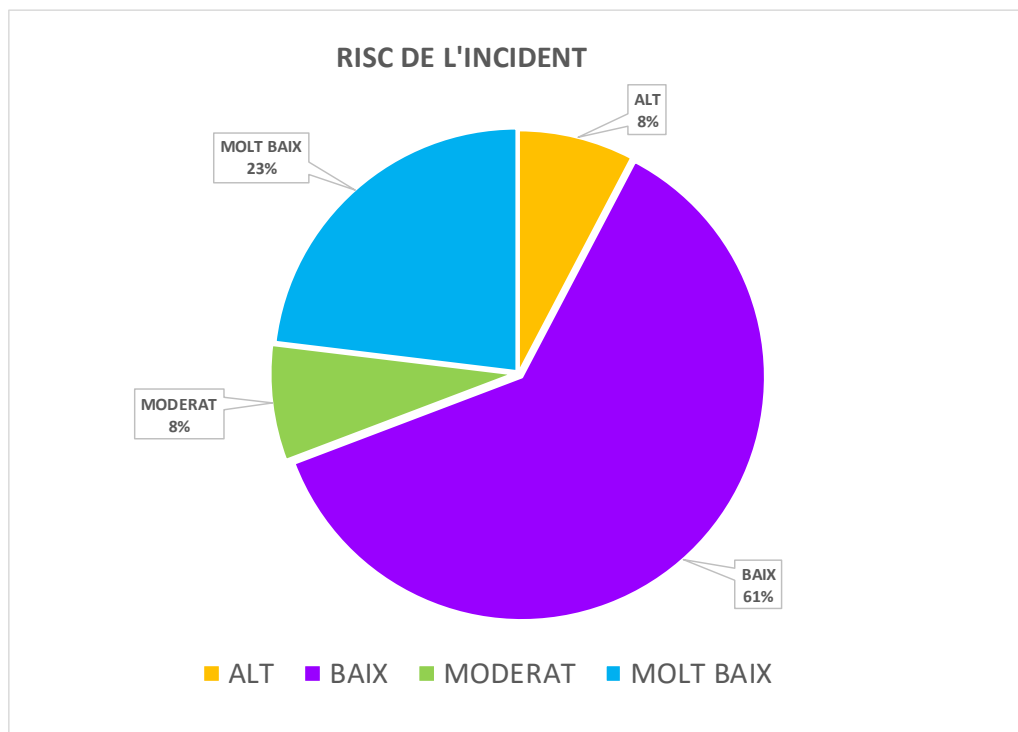
**Tipus de document:**

- Circuit       Manual       Normativa       Pla  
 Procediment       Protocol       Altre tipus

**CENTRE ON ES PRODUUEIX L'INCIDENT (en %)**



**RISC DE L'INCIDENT**

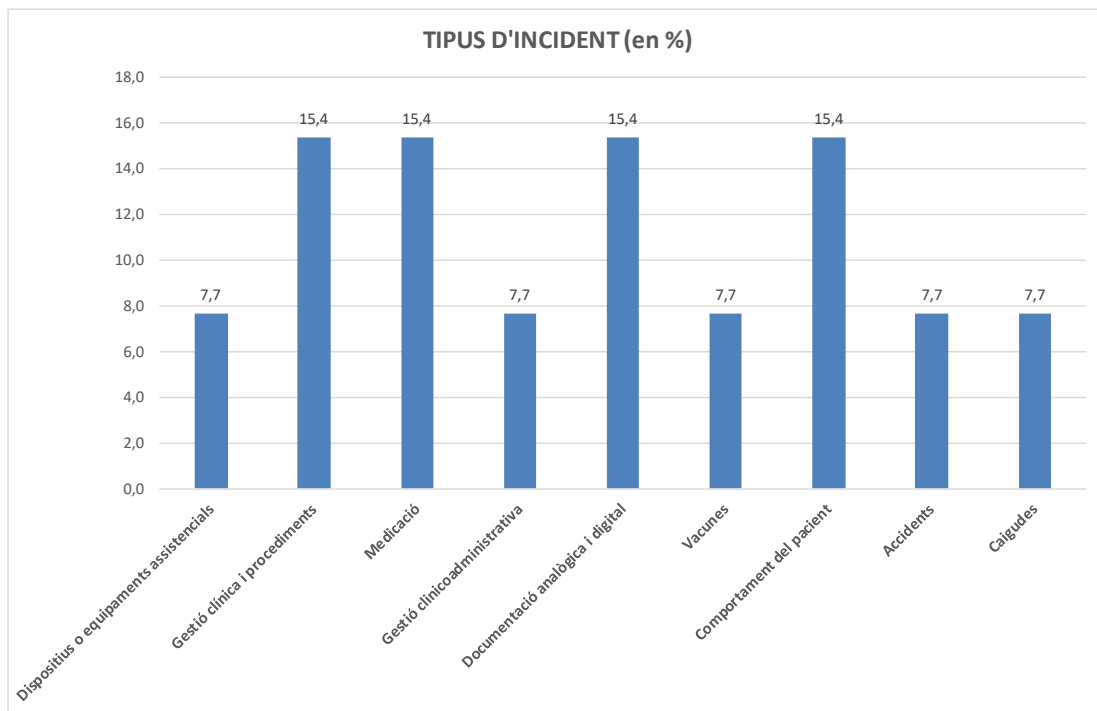
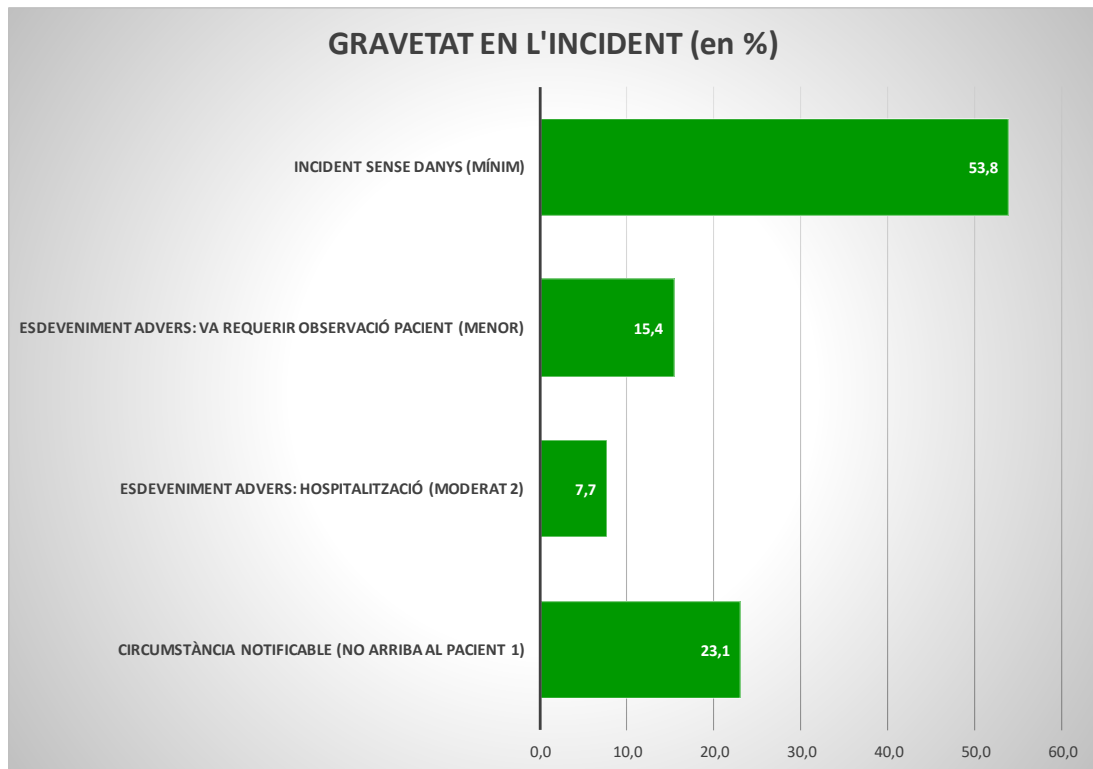


**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



**Tipus de document:**

Circuit                       Manual                       Normativa                       Pla  
 Procediment                       Protocol                       Altre tipus



**Recordeu:** aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.