
 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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 2021


Realitzat	Revisat	Aprovat
Noms, cognoms i càrrec	Noms, cognoms i càrrec	Noms, cognoms i càrrec
Dra. Pilar Barrufet. Coordinadora de Qualitat	Comitè de Qualitat i Seguretat del CSdM	Adjunt a Gerència
Sra. Thaïs Herrera. Referent de Seguretat		Comitè de direcció
Sra. Manuela Torres. Secretaria Qualitat		

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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.

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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


0: RESUM	5
1: COMITÈ DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT	6
2: QUALITAT PERCEBUDA	6
3: FORMACIÓ	12
4: INDICADORS CLAUS	13
5: ACREDITACIÓ	14
6: ISO 9001:2015 (International Organization for Standardization)	14
6.1. UCSI	14
6.2. FARMÀCIA	14
7: ATENCIÓ PRIMÀRIA	15
8: COMITÈS DE QUALITAT	17
8.1. DOCUMENTACIÓ	17
8.2. DOLOR	18
8.3. FARMÀCIA	18
8.4. FARMÀCIA MARESME CENTRAL	19
8.5. ERRORS DE MEDICACIÓ	19
8.6. ÈTICA ASSISTENCIAL	19
8.7. INFECCIONS	20
8.8. MORTALITAT	20
8.9. MTEV	21
8.10. NUTRICIÓ	21
8.11. QUALITAT EN PERINATOLOGIA	22
8.12. QUALITAT UCSI	22
8.13. SEGURETAT URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES	23
8.14. RISC VITAL	23
8.15. TRANSFUSIÓ SANGUÍNIA	24

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

8.16. ÚLCERES	25
9: NOTIFICACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS (EA).....	25
ANNEXOS.....	29
ANNEX 1: Resultat Indicators del QC Seguretat del Departament de Salut	30
ANNEX 2: Resultat Indicators del QC Seguretat del Departament de Salut. Atenció Primària...	33

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	


0: RESUM

L'any 2021, la pandèmia Covid-19 ha continuat afectant a les línies estratègiques de qualitat i seguretat de pacients, fent que algunes de les accions planificades no s'hagin realitzat per diferents motius.

Les enquestes externes de PLAENSA per avaluar la qualitat del servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries dels diferents serveis no s'han fet.

Una activitat que ha continuat afectada és la dels comitès de qualitat que o be no han reiniciat les reunions o les han reduït respecte als anys previs a la pandèmia.

La notificació d'esdeveniments adversos s'ha reactivat respecte 2020.

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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: COMITÈ DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT

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

Núm. de reunions 2021: 1

Seguiment d'objectius:

El 2021 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.

2: QUALITAT PERCEBUDA

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

L'any 2021, no s'han fet les enquestes de PLAENSA.

Durant el 2021 es va posar en marxa un sistema d'enquestes (Rate Now) en temps real que permet conèixer la satisfacció del pacient en les diferents àrees de l'Hospital.

S'han ubicat 6 terminals a Urgències, Hospital de Dia, Radiologia. Per Hospitalització i CMA s'envia un SMS que inclou un enllaç a l'enquesta.

L'avaluació qualitativa dels resultats, es realitza a través del paràmetre NPS (*Net Promoter Score*) que es una eina que mesura la fidelitat del pacient. Les respostes es mesuren en una escala de 0 a 10.

En base a la resposta hi ha detractors (puntuació de 0 a 6), indiferents (puntuació de 7 a 8), promotores (puntuació de 9 a 10).


El resultat s'obté restant el nombre de detractors al de promotors tenint en compte que els que mostren indiferència no comptabilitzen. El resultat es multiplica per 100, aconseguint un número no un percentatge.

S'ha calculat ei NPS per cada línia assistencial, des de la implementació dels terminals, fins la data de realització de l'estudi. (01/04/2021 – 20/12/2021).

RESULTATS: (Un resultat per sobre de 50 representa un nivell de satisfacció excel·lent)

- CMA: NSP global 58, resultat excel·lent.
- Hospital de dia: NPS global 53, resultat excel·lent.
- Hospitalització: NPS global 41, bon resultat. Es detecten alguns aspectes de millora relacionats amb l'habitabilitat i el confort:
 - o Grau de satisfacció amb el menjar.
 - o Tranquil·litat per descansar a la nit.
- Radiologia: NPS global 70, excel·lent resultat.

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

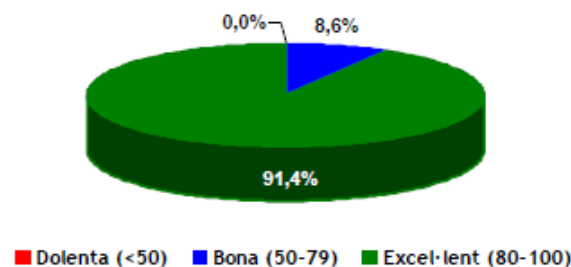
 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

- Urgències: NPS global 26. La demora en l'atenció i la comoditat del box són els dos aspectes pitjors valorats per part dels pacients on cal incidir i portar a terme accions de millora consensuades amb el servei.

Realitzada i analitzada **l'enquesta de satisfacció dels pacients de CMA** en una mostra de 150 enquestes telefòniques.

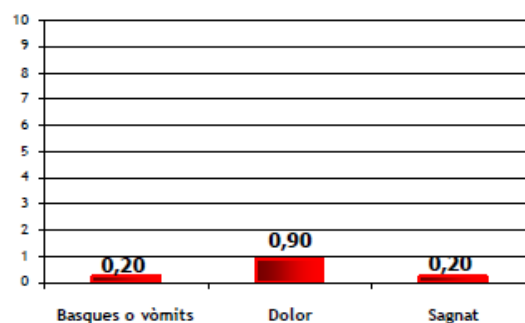
La puntuació global mitjana de la satisfacció és de 90,7 punts sobre 100. La distribució de la puntuació global agrupada en dolenta (<50 punts), bona (50-79 punts) i excel·lent (80-100 punts), es mostra en el gràfic 1.

Gràfic 1. Satisfacció Global.



La mitjana de les complicacions postoperatòries es mostra al gràfic 2.


Gràfic 2. Mitjana de les complicacions postoperatòries.



Conclusions:

- En general, es pot considerar que la satisfacció dels usuaris de la Unitat de Cirurgia Sense Ingress és molt bona, amb una puntuació mitjana per sobre dels 90 punts sobre 100.
- Els aspectes més ben valorats han estat l'assistència i la professionalitat tant d'infermeres com de metges. La informació rebuda pel cirurgià abans de la intervenció i el recolzament de la institució un cop a casa, són els aspectes amb pitjor valoració, tot i que de mitjana estan per sobre dels 8 punts sobre 10.

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

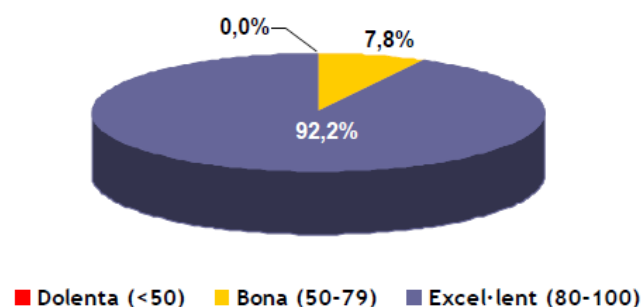
 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

- En les intervencions de cataractes, s’han observat diferències estadísticament significatives entre la satisfacció d’homes i dones, però no entre els diferents grups d’edat. En la resta d’intervencions, no s’han observat diferències ni entre homes i dones ni entre grups d’edat.
- No s’han observat diferències estadístiques significatives en la puntuació de les complicacions ni en les intervencions de cataractes, ni en la resta d’intervencions.
- La puntuació de la satisfacció i la de les complicacions, no mostra diferències estadísticament significatives entre els pacients que van requerir ingrés hospitalari i els que no, tant en les intervencions de cataractes com en la resta d’intervencions.
- No s’observen diferències entre la mitjana de la satisfacció de les intervencions de cataractes i la resta d’intervencions en el temps d’espera fins a la intervenció ni en el temps d’observació abans d’anar a casa.
- L’evolució del grau de satisfacció al llarg del temps, es mostra estable, al voltant dels 90 punts (sobre 100).

Realitzada i analitzada **l’enquesta de satisfacció de les persones ateses en la modalitat d’hospitalització a domicili del CSdM** en una mostra de 81 enquestes telefòniques.

La puntuació global mitjana de la satisfacció és de 92,8 punts sobre 100. La distribució de la puntuació global agrupada en excel·lent (>80 punts), bona (50-79 punts) i dolenta (≤50 punts), es mostra en el gràfic 1. Tots els ítems del qüestionari mostren un puntuació excel·lent en més del 90% dels casos, es mostra en el gràfic 2.

Figura 1. Satisfacció Global.



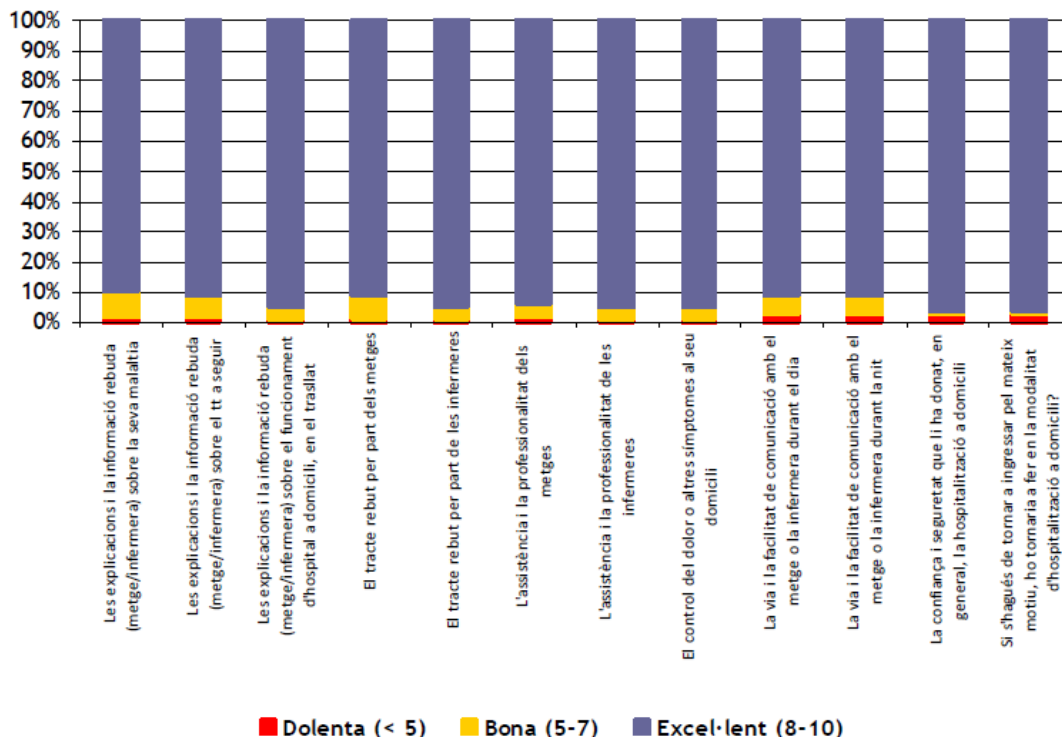
Recordeu: aquest document pot quedar obsolet un cop imprès. La còpia vàlida la podeu trobar a la intranet.



Tipus de document:

Circuit Manual Normativa Pla
 Procediment Protocol Altre tipus


Figura 2. Satisfacció ítem a ítem.



Conclusions:

- En aquest tall hi ha un canvi de la metodologia i l'enquesta s'ha realitzat entre 3 i 6 mesos després de l'alta, enlloc de 15 dies. Aquest fet pot haver condicionat alguns resultats.
- Es pot considerar que la satisfacció dels pacients hospitalitzats a domicili és excel·lent, amb una puntuació mitjana de més de 90 punts sobre 100.
- Tots els aspectes valorats han obtingut una puntuació mitjana superior als 9 punts sobre 10. Com a molt, en un 2,5% dels casos (2 casos) s'ha obtingut una puntuació que es consideri dolenta en cadascun dels ítems.
- Tot i que s'observen algunes diferències estadísticament significatives en la satisfacció segons amb qui conviu o segons el nivell d'estudis, no s'observa un gradient clar entre les seves categories.

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

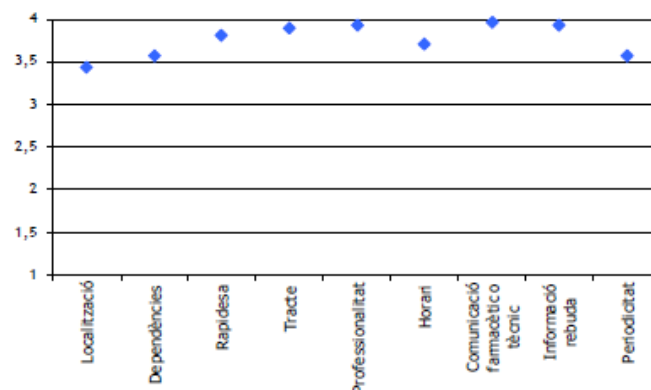
 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Normativa <input type="checkbox"/> Pla <input type="checkbox"/> Procediment <input type="checkbox"/> Protocol <input checked="" type="checkbox"/> Altre tipus	

Realitzada l'**enquesta de satisfacció dels usuaris atesos al dispensari de Farmàcia**, en una mostra de 113 enquestes telefòniques.

La puntuació global mitjana de la satisfacció és de 8,8 punts sobre 10. La distribució de la puntuació global agrupada en dolenta (<5 punts), bona (5-8 punts) i excel·lent (>=9 punts), es mostra al gràfic 1.

La mitjana de tots els ítems del qüestionari és superior als 3 punts sobre 4, com mostra el gràfic 2.

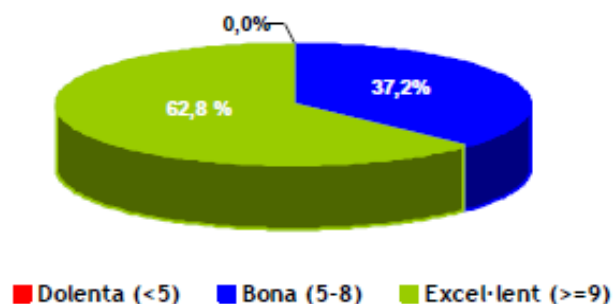
Gràfic 2. Satisfacció ítem a ítem.



Conclusions:


- La puntuació global mitjana de la satisfacció del dispensari de Farmàcia és de 8,8 punts sobre 10.
- Totes les puntuacions estan per sobre dels 5 punts sobre 10.

Gràfic 1. Satisfacció Global.



- No hi ha cap factor sociodemogràfic que s'associï a la puntuació global de la satisfacció.
- La puntuació mitjana de tots els ítems del qüestionari és superior als 3 punts sobre 4.
- L'aspecte que els usuaris consideren el més important és el tracte.
- El que consideren el millor aspecte del servei és el tracte.
- Els principals aspectes que els usuaris consideren que cal millorar són la localització, les dependències i l'horari del dispensari.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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:**


2020

Reclamacions	815
Queixes/ Consultes/ Demanda d'informació	7.986
Agraïments	77

2021

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


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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

3: FORMACIÓ

FORMACIÓ EN QUALITAT I SEGURETAT	
Nom del curs	Participants
Curs seguretat de pacients per residents de 1er i 2on any	48
Indicaciones de la transfusion segura de la sangre y de los componentes sanguineos	67
Qualitat i seguretat dels pacients. Perfil 1 - Nivell 4	5
Qualitat i seguretat dels pacients. Perfil 1 - Nivell 6	5
Qualitat i seguretat dels pacients. Perfil 2 - Nivell 7	1
Qualitat i seguretat dels pacients. Perfil 3 - Nivell 9	5
Qualitat i seguretat a l'atenció anestèsica	1
Qualitat i Seguretat a l'atenció en unitats de crítics	2
Qualitat i Seguretat a l'atenció ambulatoria especialitzada	1
Qualitat i Seguretat a l'atenció quirúrgica	3
Qualitat i Seguretat a l'atenció en hospitalització	4
Qualitat i Seguretat a l'atenció en laboratoris clínics	1
Qualitat i Seguretat a l'atenció Sociosanitaria	6
FORMACIÓ EN PREVENCIÓ DE LA INFECCIÓ	
EPIs quarantena	26
EPIS COVID, dirigida a residents de primer any	17
Mesures de prevenció de la Sarna	25
Precaucions per evitar la transmissió de microorganismes	31
Prevenció de les infeccions quirúrgiques a Catalunya	66
La higiene de mans durant l'atenció sanitària (Departament de Salut)	1
La higiene de mans al bloc quirúrgic	73
Total	388
%	18'48

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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: INDICADORS CLAUS

- Mortalitat taxa bruta: 4,4% (4,7%)¹
- Índex de Mortalitat Ajustat per Risc (IMAR): 0,9966 (1,0438)¹
- Complicacions taxa bruta: 3,9% (3,9%)¹
- Índex de Complicacions Ajustades per risc (ICAR): 0,6659 (0,5935)¹
- Readmissions taxa bruta: 6,7% (6,9%)¹
- Índex de Readmissions Associades per risc (IRAR): 0,8346 (0,8026)¹
- Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) Taxa bruta de substitució: 87,4% (82,9%)¹
- Índex de Cirurgia sense ingrés ajustat (ICSIA): 1,0155 (0,9786)¹
- Taxa de caigudes HM (x1000/estades): 2,17 (2,11)²
- Úlcères per pressió nosocomials: 0,56% (0,63%)²
- Taxa identificació activa: 22,77% (41,53%)³
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de còlon: 7,8% (4,7%)⁴
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de recte: 3,3% (4,5%)⁴
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis maluc: 4,5% (2,1%)⁴
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis genoll: 0,4% (0,7%)⁴
- Bacterièmia per infecció de Catèter Venós Central (CVC) associada a Nutrició Parenteral (NP) BAC-CVC / Núm. dies de NP: 0,98% (3,58%)⁴
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia colo-rectal: 84%⁴
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia protètica total: 72%⁴


¹ Iametrics

² Business Object

³ QC Seguretat Pacient

⁴ VinCat

*Entre parèntesis, resultats del 2020

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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: ACREDITACIÓ

Atenció especialitzada: certificat d'acreditació prorrogat fins el 31 de desembre de 2021.

6: ISO 9001:2015 (International Organization for Standardization).

6.1. 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 esta auditat satisfactòriament per l'empresa Applus sense no conformitats.
2. S'ha fet l'enquesta de satisfacció als pacients de CMA.
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 2021, estan documentades al informe de revisió del sistema de qualitat de 2022.

http://gesdoc.csdm.cat/download/4269/Informe_revisio_per_direccio_2022_v2.pdf?preview

6.2. FARMÀCIA

Alguns dels fets més destacats de l'any 2021, han estat els següents:

S'ha treballat intensament per dur a terme la vacunació de tot el personal sanitari i població de l'àrea d'influència. S'ha col·laborat amb la Direcció i el Comitè d'Infeccions per actualitzar i fer difusió de la informació referent a la prevenció i tractament de la Covid.

Certificació ISO 9001:2015: el Servei de Farmàcia ha estat auditat satisfactòriament per l'empresa externa Applus segons la norma ISO 9001:2015. Aquesta auditoria es va fer telemàticament el mes de juny de 2021.

Formació, Recerca i Docència:


S'ha incorporat una nova resident el setembre de 2021.

Malgrat les limitacions que ha suposat la pandèmia per fer recerca i formació presencial, s'ha potenciat la formació telemàtica dels residents, amb un total de 3.094 hores, i s'ha participat en 2 publicacions.

Canvis en les qüestions internes que poden afectar al sistema de Qualitat:

Relacions amb la pròpia institució (internes):

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021			
	Data: Agost 2022		Versió: 3	
	Tipus de document:			
[] Circuit		[] Manual	[] Normativa	[] Pla
[] Procediment		[] Protocol	[X] Altre tipus	

- Seguiment del Pla Estratègic Institucional 2017-2020 prorrogat fins el 2021: 80% d'assoliment en les 7 línies. La resta (20%) segueixen en marxa.
- Elaboració del NOU pla estratègic del Consorci pel període 2022 – 2025: Durant l'any 2021 s'ha estat treballant el nou pla estratègic que ha comptat amb una àmplia participació de professionals.

Canvis en les qüestions externes que poden afectar al sistema de qualitat:

Relacions amb Institucions externes:

- Relacions amb el CatSalut: El Dr. Campins ha format part del grup d'experts que ha elaborat el protocol de tractament de la Covid 19. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/protocol-tractament-SARSCoV2.pdf
- Relació amb les patronals: El Dr. Campins ha participat com a representant dels Serveis de Farmàcia dels hospitals de la patronal del CSSC i com a membre executiu de la mesa negociadora de l'òrgan coordinador de tarifes farmacològiques del CatSalut.
- ICS i resta d'entitats territorials: Malgrat la gran pressió assistencial, s'ha pogut assolir l'objectiu de la DMA (Despesa Màxima Autoritzada) i també s'ha assolit el valor de la mitjana marcada dels indicadors IQF de prescripció per Centre (no per AGA).
- S'han fet reunions amb la Direcció i el CatSalut per planificar la implantació d'una nova història clínica informatitzada (SAP ARGOS) que substituirà l'actual TESIS.

7: ATENCIÓ PRIMÀRIA

El 2021 s'ha facilitat al Departament de Salut els resultats dels objectius de Seguretat del pacient d'Atenció Primària.


Veure annex 2. Quadre de comandament de seguretat dels pacients a l'atenció primària.

Millorar la qualitat del registre de diagnòstics al ECAP. Comparar-ho amb l'EQD de 2020.

	ABS MATARÓ CENTRE				ABS CIRERA MOLINS				ABS ARGENTONA			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2021	2020			2021	2020			2021	2020		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	92,57	93,6	-1,03	-1,10%	93,79	91,25	2,54	2,78%	91,43	90,73	0,7	0,77%
Adequació diagnòstica de la HTA	31,11	31,82	-0,71	-2,23%	24,85	10,92	13,93	127,56%	29,65	16,91	12,74	75,34%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolemia	36,63	39,58	-2,95	-7,45%	34,48	31,45	3,03	9,63%	39,64	40,48	-0,84	-2,08%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	50,73	52,67	-1,94	-3,68%	36,4	36,04	0,36	1,00%	35,47	34,41	1,06	3,08%
Adequació diagnòstica obesitat	75,81	77,2	-1,39	-1,80%	65,58	71,43	-5,85	-8,19%	70,49	71,75	-1,26	-1,76%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	22,56	26,57	-4,01	-15,09%	12,2	13,9	-1,7	-12,23%	10,7	10,63	0,07	0,66%

Anàlisi per EAP:

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021		
	Data: Agost 2022	Versió: 3	
	Tipus de document: <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 MATARÓ CENTRE:

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

ABS MATARÓ CENTRE				
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2021	2020		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	92,57	93,6	-1,03	-1,10%
Adequació diagnòstica de la HTA	31,11	31,82	-0,71	-2,23%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	36,63	39,58	-2,95	-7,45%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	50,73	52,67	-1,94	-3,68%
Adequació diagnòstica obesitat	75,81	77,2	-1,39	-1,80%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	22,56	26,57	-4,01	-15,09%

ABS CIRERA MOLINS:


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

ABS CIRERA MOLINS				
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2021	2020		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	93,79	91,25	2,54	2,78%
Adequació diagnòstica de la HTA	24,85	10,92	13,93	127,56%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	34,48	31,45	3,03	9,63%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	36,4	36,04	0,36	1,00%
Adequació diagnòstica obesitat	65,58	71,43	-5,85	-8,19%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	12,2	13,9	-1,7	-12,23%

ABS ARGENTONA:

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

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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 ARGENTONA			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2021	2020		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	91,43	90,73	0,7	0,77%
Adequació diagnòstica de la HTA	29,65	16,91	12,74	75,34%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	39,64	40,48	-0,84	-2,08%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	35,47	34,41	1,06	3,08%
Adequació diagnòstica obesitat	70,49	71,75	-1,26	-1,76%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	10,7	10,63	0,07	0,66%

8: COMITÈS DE QUALITAT

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

8.1. DOCUMENTACIÓ

Responsable: Dr. Jordi Valls (Adjunt a Gerència)

Consentiments informats

Núm. de reunions 2021: 0

% global d'assistència:

Seguiment:

Al 2021, no s'ha fet cap reunió.

Informes d'alta:

Núm. de reunions 2021: 0

% global d'assistència:

Seguiment:

Al 2021, no s'ha fet cap reunió.


Key-users:

Núm. de reunions 2021: 0

% global d'assistència:

Seguiment:

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

Al 2021, no s'ha fet cap reunió.

LOPD-RGPD (Reglament General de Protecció de Dades):

Núm. de reunions 2021: 0

% global d'assistència:

Seguiment:

Al 2021, no s'ha fet cap reunió.

QUALITAT HC:

Núm. de reunions 2021: 1

% global d'assistència: 100%

Seguiment:

- Reorganització de membres
- S'ha actualitzat el document "Procediment per a l'avaluació de la formalització i de la qualitat de la documentació clínica"
- S'ha realitzat l'Informe de qualitat de la HC de 2019

8.2. DOLOR

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

Núm. de reunions: 0

% global d'assistència: 0%

Durant 2021 no s'ha portat a terme cap reunió

8.3. FARMÀCIA

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


Núm. de reunions: 2

% global d'assistència: 45,45%

Seguiment:

1. S'han valorat 5 medicaments per incloure a la GFT interna. Tots s'han aprovat. El 100% dels casos s'han valorat en < 4 mesos.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

8.4. FARMÀCIA MARESME CENTRAL

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

Núm. de reunions: 3

% global d'assistència: 48%

Seguiment:

1. Seguiment dels indicadors IQF-AGA; Índex de seguretat en l'ús de medicaments; pacients amb fractura de maluc i tractament de la osteoporosi.

8.5. ERRORS DE MEDICACIÓ

Responsable: Dra. M. Teresa Gurrera (Servei de Farmàcia).

Núm. de reunions: 5

% global d'assistència: 65%

Seguiment:

2. S'han analitzat totes les notificacions relacionades amb la medicació (80).
3. S'ha millorat el procés d'administració de medicació al centre sociosanitari.
4. La Unitat de Trànsit ha incorporat la PMI i la FAMI i actua com una unitat més.
5. S'ha fet un manual en format vídeo explicant el funcionament de la PMI i recepta @electrònica.

8.6. ÈTICA ASSISTENCIAL

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

Núm. de reunions: 10


Núm. de reunions extraordinàries: 1

% global d'assistència: 48%

Seguiment:

1. Revisió de protocols
2. Quart curs de Bioètica del CSdM.
3. Publicacions:
 - "Anotaciones sobre la Ley de Eutanasia en nuestro país. Emergencias 2021."

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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. Assistència a Jornades / Cursos:

- Cours de sensibilització i conceptes bàsics sobre l'aplicació de la Llei Orgànica de Regulació de l'Eutanàsia en modalitat teleformació, organitzat conjuntament per la Unió Consorci i Formació i el Departament de Salut.
- Cours de Qualitat i Seguretat dels pacients en l'atenció socio sanitària" en modalitat de teleformació.

8.7. INFECCIONS

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

Núm. de reunions: 5

% global d'assistència: 59%

Seguiment.

1. Participació en el plenari i reunions del VINCAt.
2. Participació en el projecte ENVIN-UCI.
3. Participació en els projectes bacterièmia, pneumònia, resistència zero a la UCI.
4. Participació en els programes PROA (hospitalari i comunitari, inici del PROA pediàtric)
5. Revisió/Actualització de protocols.
6. Prevenció de la grip estacional.
7. Prevenció de la Covid-19.
8. Participació en la estratègia d'higiene de mans (HM).
9. Celebració del Dia Mundial de la Higiene de Mans

Els resultats dels indicadors de vigilància de la infecció, ús d'antibiòtics, higiene de mans estan a la memòria del Comitè d'Infeccions 2021 http://gesdoc.csdm.cat/download/4316/Memoria_CI_2021.pdf?preview

8.8. MORTALITAT


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

Núm. de reunions: 0

% global d'assistència: 0%

Al 2021, no s'ha fet cap reunió.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

8.9. MTEV

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

Núm. de reunions: 0

% global d'assistència: 0%

Al 2021, no s'ha fet cap reunió.

8.10. NUTRICIÓ

Responsable: Dr. Juan Carlos Yébenes (UCI)


Núm. de reunions: 1

% global d'assistència: 50%

Seguiment:

1. Renovació de membres.
2. Desenvolupament d'un cribatge de risc nutricional a partir de BIMaps associat a accions correctores a implementar per infermeria.
3. Projectes de recerca:
 - SWITCH: transferència de NPT a NE en pacients crítics:
 - i. Enquesta: feta i publicada a Medicina Intensiva. <https://www.medintensiva.org/es-encuesta-sobre-transicion-nutricion-parenteral-avance-S0210569121001923>
 - ENPIC (Evaluation of Nutritional Practices in the Critical Care):
 - i. Primera publicació de l'estudi observacions multicèntric de la Semicyuc (IMdL). [https://clinicalnutritionopen.com/article/S2405-4577\(21\)01122-0/fulltext](https://clinicalnutritionopen.com/article/S2405-4577(21)01122-0/fulltext)
 - Nutritauma
 - i. Definició Nutritrauma. Publicat: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6723989/>
 - ii. Validació Nutritrauma: Base de dades feta.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

8.11. QUALITAT EN PERINATOLOGIA

Responsable: Lara Valldeperas (Servei de Pediatria)

Núm. de reunions: 6

% global d'assistència: 48%

Seguiment d'objectius:

1. Es crea un grup de treball format per llevadores, obstetres i pediatres, infermeria neonatal, treball social, anestèsia i salut mental, per tal de realitzar un protocol de dol perinatal, amb l'objectiu de millorar l'actuació i l'assistència a la família en cas de mort perinatal, ja sigui per òbit fetals, parts de fetus no viables per setmana de gestació o ILEs per patologia fetal.
2. Es realitza la revisió dels nadons amb tòxics o psicofàrmacs positius nascuts entre setembre i novembre de 2020 i de les gestants amb consums de tòxics i/o psicofàrmacs entre abril i juny del 2020, establint una correlació entre ambdós.
3. Es proposa la creació d'un grup de treball entre obstetrícia i treball social de l'hospital per a definir quins casos de pacients gestants requereixen de coneixement i seguiment.
4. Es realitza el circuit de derivació per causa fetal i es revisa en posteriors reunions.
5. Es revisa l'actualització de les noves indicacions de cribratge, prevenció i diagnòstics de la preeclàmpsia.

Protocols realitzats:

- Recomanacions per al maneig de la gestant i el nou-nat en relació amb la infecció per SARS-CoV-2.
- Circuit de derivació per causa fetal a Mataró.

8.12. QUALITAT UCSI

Responsable: Dr. Lluís Hidalgo (Servei de Cirurgia)


Núm. de reunions: 6

% global d'assistència: 70%

Seguiment d'objectius

- S'han assolit els indicadors de:
 - Ambulatorització
 - Temps d'espera preoperatori
 - Visites a Urgències

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

➤ S'han assolit el objectius de:

- Millorar la Programació quirúrgica, minvar les desprogramacions.
- Millorar l'ambulatorització de les cirurgies de patologia mamària
- Establir col·laboracions amb l'Hospital a Domicili
- Incloure a la Cartera de Serveis l'apendicectomia per apendicitis aguda.
- Fer una via clínica per introduir a la cartera de serveis procediments de cirurgia metabòlica.

La memòria de la UCSI i l'informe per la Direcció estan publicat al Gestor Documental.

Memòria: http://gesdoc.csdm.cat/download/4269/Informe_revisio_per_direccio_2022_v2.pdf?preview

Informe per la Direcció:

http://gesdoc.csdm.cat/download/4269/Informe_revisio_per_direccio_2022_v2.pdf?preview

8.13. SEGURETAT URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES

Responsable: Ingrid Badia (Servei de Pediatria)

Núm. de reunions: 2

% global d'assistència: 60%

Seguiment d'objectius

- S'ha assolit l'objectiu de començar a utilitzar la VNI a urgències com a estabilització del pacient respiratori pre trasllat tot i que continua essent molt dependent del facultatiu responsable i caldrà insistir en la formació dels professionals.
- S'han rebut felicitacions per part del SEM i UCIs pediàtriques a l'hora de rebre els pacients que s'han traslladat amb VNI des del nostre centre.
- L'alt flux cada vegada s'instaura més precoçment i amb millor resposta per part dels pacients.

8.14. RISC VITAL

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


Núm. de reunions: 1

% global d'assistència: 50%

Seguiment d'objectius

- Renovació de membres de la comissió.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

- RCP: Proposta d'actualitzar els busques i fer petició substitució per obsolescència i disfunció.
- Formació: Es reinicia la formació en SVB per R2 i R1
- Substitució DF per DEAs: Fer mapa de dispositius i pla de prevenció d'obsolescència.
- Seguiment estat de carros d'aturades: El concepte carro d'aturades és obsolet. Es torna a plantejar l'equip de resposta ràpida amb infermeria i motxilla. Proposta d'un tall trimestral afegit al control setmanal.
- DERVI (Detecció del Risc Vital). Es plantegen 4 àmbits d'implementació:
 - Hospitalització: S'inicia una prova pilot
 - Urgències: seria fonamental tenir un BiMaps d'urgències amb els NEWS en temps real (monitor ubicat als controls) amb monitors que bolquin les dades automàticament.
 - Ambulatoria: per facilitar identificador, trasllat i alerta prehospitalària (NEWS 7 o més) mitjançant trucada a triatge.
 - Extrahospitalària: el SEM ha incorporat NEWS a les tablets dels tècnics per fer prealerta a triatge.
 - Registre CODIS: Es demanarà a les comissions específiques informe d'activitats i resultats.

8.15. TRANSFUSIÓ SANGUÍNIA.

Responsable: Dra. Alícia Ruiz (Servei Laboratori)


Núm. de reunions: 1

% global d'assistència: 45%

Seguiment d'objectius

- Renovació de membres de la comissió.
- Revisió de l'activitat transfusional i ús òptim de components sanguinis
- Revisió de les reaccions adverses de les transfusions (hemovigilància)
 - o Notificades 4 reaccions adverses totes analitzades
- Seguiment de l'activació del protocol de transfusió massiva
 - o 5 activacions
- Formació de DUI (capacitat i recapacitació en l'administració de components sanguinis
 - o 31 nous certificats
- Us de la PDA:

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

- Es fa seguiment de l'ús de la PDA en els diferents Serveis/Unitats d'infermeria des de la UGI
- Recomprovació del grups sanguini a la capçalera del llit:
 - Devolució de la targeta al laboratori 91,1%
 - Llistat de verificació complimentat i retornat al laboratori 89,7%
- Petició electrònica a UCI i Hematologia

8.16. ÚLCERES

Responsables: Sra. Yolanda Holguin

Núm. de reunions: 2

% global d'assistència: 67%

Seguiment d'objectius:

- S'ha elaborat informe clínic sobre:
 - Apòsit súper absorbent zetuvit plus silicone border en les mides de 12,5 x 12,5 i 17,5 x 17,5 cm.
 - Apòsit amb carbí i plata actisorb plus.
- Guia de pràctica clínic. Es comença l'elaboració de la nova guia de pràctica clínic,

9: NOTIFICACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS (EA) (Plataforma TPSC-Cloud)

Les notificacions es van realitzar durant el 2021 a la plataforma TPSC-Cloud (de l'1 de gener al 14 de desembre) i a la plataforma SNI SP (del 14 al 31 de desembre).


El nombre total d'esdeveniments adversos (EA) notificats van ser **256**. D'aquests, 246 es van notificar a l'Hospital de Mataró, i 10 entre els 3 Centres d'Atenció Primària del CSdM. No va haver cap notificació del Centre Sociosanitari.

Els esdeveniments adversos més notificats continuen sent els errors de medicació (89). Aquests inclouen: errors amb medicaments (70), errors amb productes sanguinis (9), errors amb nutricions (7) i errors relacionats amb l'oxigen i gasos medicinals (3).

Dos errors greus amb medicaments van ser l'administració de perfluorocarbonat a dos pacients operats de despreniment de retina. Aquest fàrmac que s'havia retirat a l'octubre de 2020 va quedar als estocs del quiròfans d'oftalmologia. L'administració va produir una afectació irreversible de la visió en ambdós pacients.

En segon lloc, els errors més notificats han estat els de gestió clínic i procediments (55). Es notifiquen errors relacionats amb:

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

- Manca d'espais al servei d'urgències per atendre correctament als pacients que estan en l'espera de ser visitats.
- Disfuncionalitats diverses al bloc quirúrgic: en la programació, per manca d'informació preoperatòria, en la preparació dels quiròfans, en l'avaluació preoperatòria dels pacients, en la verificació de la identitat dels pacients, en el marcatge de la lateralitat, en la comprovació de la lateralitat abans de l'anestèsia.
- La identificació de mostres: de proves creuades per a transfondre, d'hemocultius, de resultats de serologia VIH.
- El circuit d'alarmes de microorganismes multiresistents.
- Problemes de preparació del colon en pacients amb disfàgia, donat que el Pleinvue no es pot espessir.


En tercer lloc, els errors mes notificats han estat els de gestió clínica-administrativa (31):

- Dificultat per conèixer si el pacient que s'ha d'operar té signat el consentiment informat (el mateix dia de la intervenció).
- Manca de registre de la verificació d'aquest document en el full B15 per part dels cirurgians.
- Manca d'informació clínica de pacients amb patologia vascular procedents de l'Hospital De Calella i atesos a l'Hospital de Mataró.
- Incidents en l'assignació administrativa de metge en pacients donats d'alta a la UCI cap a les UH.

Altres errors freqüents han estat els relacionats amb:

- **Dispositius i equips assistencials:**
 - Situacions de pacients hospitalitzats que surten de planta i van al Servei de Diagnòstic per la Imatge sense via perifèrica canalitzada (segons estableix el protocol).
 - Ratis d'infermeres per sota de l'habitual a diferents unitats i serveis, que impacten en la qualitat i la seguretat dels pacients i generen estrès i la síndrome de *Burn Out* en els professionals.
- **Documentació analògica i digital:**
 - Es notifiquen incidents de pacients sense braçalel identificatiu.
 - Es notifiquen incidents relacionats amb la no realització de la identificació activa de pacients davant les situacions de risc que defineix la OMS i que es recullen al protocol d'identificació segura dels pacients al CSdM.
- **Infraestructures, locals i instal·lacions** relacionats amb:
 - Falta de medicació i material als carros d'aturades.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	

- Dolor i angoixa en pacients que s'han portat a la sala DIVAS per a un procediment diagnòstic que ha acabat sent un procediment terapèutic que s'ha realitzat amb anestèsia local sense l'actuació d'un anestesiòleg. Aquesta anestèsia ha estat insuficient per controlar el dolor associat a procediments de cirurgia arterial: angiologies, arteriografies, amputacions de dits del peu.
- Falta de monitorització central al servei d'urgències per controlar als pacients monitoritzats.
- Caigudes de rajoles de la paret durant l'assistència a Hospital de Dia d'Oncologia.
- Mal estat d'algunes lliteres al servei d'urgències.
- Manca de lliteres al servei d'urgències.
- Manca d'espai per als pacients que queden en observació a la zona d'entrada de les ambulàncies al servei d'urgències.
- Manca de material per muntar els quiròfans.

En relació a les caigudes (7), un pacient es va fracturar el fèmur i va ser èxitus. Es va fer l'ACR i no es va poder determinar que la caiguda hagués condicionat la mort del pacient, que es trobava en una situació clínica molt inestable. La resta de caigudes han estat relacionades amb els tovallolers dels lavabos de les habitacions d'hospitalització i no han produït conseqüències en els pacients.

En quan al risc, 2 incidents van ser de risc extrem i els pacients van ser èxitus:


- SP-21-00000877: error de prescripció, validació i administració de la morfina. Es prescriu Morfina 1% 10 mg/ml sc en infusor 32 amp en lloc de 3 amp .
- SP-21-00000862: caiguda d'un pacient des de la llitera al terra a URG. El bloqueig de la barana s'havia trencat. El pacient es va fracturar el fèmur, va ser intervingut i dos dies posterior a la intervenció és èxitus.

La resta van comportar un risc alt (16), moderat (78%), baix (124) o molt baix (35%).

El 2021 s'han fet 3 reunions amb la Unitat de Qualitat i Seguretat de Pacients de l'ICS del Maresme Central on s'han analitzat els EA següents:


- Error de prescripció d'un pacient ingressat a l'HM amb orientació diagnòstica d'anèmia perniciosa. Es prescriu Vitamina B1 (Benerva) en lloc de Vitamina B12 (cobalamina). Aquesta prescripció es manté 3 mesos.
- Retard diagnòstic d'un Sarcoma d'Edwing en una nena de 9 anys.
- Es programa i entra a quiròfan una dona per a realitzar lligadura tubàrica. Al quiròfan s'adonen que està embarassada de 7 mesos. L'embaràs no havia estat evidenciat en anteriors visites.
- Pacient intervingut de cataractes que al intraoperatori presenta una arítmia que no consta a l'informe d'alta.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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	


- Pacient que acut a l'EAP a treure' s unes grapes d'una colecistectomia i al destapar la ferida, s'objectiva infecció a la zona del melic.

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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


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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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 Indicators del QC Seguretat del Departament de Salut


			Gener-Desembre 2021	
Codi	Nom Indicador	Llindar recomanat	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%	Hospitalització: 93,78% UCI: 50,45%	
SP 01.3P	Úlceres per pressió relacionades amb l'atenció sanitària (nosocomials) segons el grau	6-8%	Hospitalització: 0,56% Grau I: 0,20% Grau II: 0,25% Grau III: 0,09% Grau IV: 0,01%	UCI: 3,14% Grau I: 0% Grau II: 1,25% Grau III: 0% Grau IV: 0%
SP 02.1P	Valoracions del risc de caigudes	90%	90,79%	
SP 02.2P	Caigudes en pacients hospitalitzats	<2 caigudes per 1000 estades	2,17‰	
SP 02.3P	Caigudes amb lesió en pacients hospitalitzats	<0,6 caigudes amb lesió per 1000 estades	0,90‰	
SP 03.1P	Implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	No fet	
SP 03.2P	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	84,11%	
SP 03.3P	Avaluació de l'aplicació de tots els ítems que inclou la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	78,92%	
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		9,29%	
SP 05.2P	Professionals que han realitzat activitats formatives sobre els 5 moments en HM (utilització de l'eina de l'OMS)		9,34%	
SP 05.3PB	Llits amb preparats de base alcohòlica al punt d'atenció		Hospitalització: 86,82% UCI: 100%	
SP 05.4P	Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans (Litres/estades)	Hospitalització: >30L per 1000 estades UCI: >80L per 1000 estades	Hospitalització: 23,97 ‰ UCI: 87,69 ‰	
SP 05.5PA	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment dels 5 moments en higiene de les mans (o d'algún dels 5 moments) segons criteris de l'OMS?	60%	Hospitalització:	UCI: Donada la situació de COVID, el 2021 no es fa el tall d'observació del compliment d'HM
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%	Hospitalització:	UCI: Donada la situació de COVID, el 2021 no es fa el tall d'observació del compliment d'HM
SP 05.6P	L'hospital ha realitzat l'autoavaluació en HM segons els criteris de l'OMS	100%	Donada la situació de COVID, el 2021 no es fa el tall d'observació del compliment d'HM	
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.

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021		
	Data: Agost 2022	Versió: 3	
	Tipus de document: <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	8,79‰
SP 05.8PB	Pneumònia associada a ventilació mecànica a les UCIs en infants		0,00‰
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%	Al 2021 no aplica fer el qüestionari
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%	97,06%
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%	22,77%
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		19,58%
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		0,61%
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		Tancats: Notificats: Pendent migració notificacions del TPSC-Cloud a SNIISP
SP 17.2P	Esdeveniments adversos de risc extrem notificats que generen un pla de millora	100%	Plans de millora: Nº esdeveniments de risc extrem notificats: Pendent migració notificacions del TPSC-Cloud a SNIISP
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.

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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		6,91% (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)	8,45%
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)	0%
SP 26.3P	Consentiment informat en procediments intervencionistes amb risc radiològic elevat	100%	0%

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

 CONSORCI SANITARI DEL MARESME	MEMÒRIA QUALITAT 2021	
	Data: Agost 2022	Versió: 3
	Tipus de document: <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 del QC Seguretat del Departament de Salut. Atenció Primària

OBJECTIUS CATSALUT. CONTRACTE 2021					
Quadre de comandament de seguretat dels pacients a l'atenció primària: relació d'indicadors 2021					
			MATARÓ 2	MATARÓ 4	ARGENTONA
1. Pla de formació continua	SP AP 01.1P	Professionals formats en reanimació cardiopulmonar (RCP) bàsica Nombre de professionals formats en RCP bàsica Nombre total de professionals del centre	1 58	1 44	1 41
	SP AP 01.2P	Professionals formats en seguretat dels pacients 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	0 58	2 44	0 41
	SP.AP.03P	Professionals de nova incorporació que han realitzat l'acollida Nombre de professionals de nova incorporació a l'EAP que han fet l'acollida Nombre total de professionals de nova incorporació	20 20	7 7	3 3
	SP.AP.04P	Professionals que han realitzat formació en codi IAM Nombre de professionals que s'han format en codi IAM Nombre total de professionals del centre	0 58	1 44	0 41
	SP.AP.05P	Professionals que han realitzat formació en codi Ictus Nombre de professionals que s'han format en codi ICTUS Nombre total de professionals del centre	0 58	1 44	0 41
	SP AP 02.2P	Existència de la guia farmacoterapèutica vigent i que ha d'estar a l'abast dels professionals 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 avalui la implantació d'aquest document normalitzat? En cas afirmatiu indiqueu la darrera data de l'avaluació realitzada(dd/mm/aaaa)	si si 27/12/2021	si si 27/12/2021	si si 27/12/2021
	SP AP 02.3P	Revisió de la medicació en pacients polimedicats Pacients polimedicats amb revisió de la medicació Total de pacients polimedicats	355 355	625 625	427 427
SP AP 02.4P	Absència de medicaments caducats	si	Si	si	
SP AP 02.5P	Existència d'un registre efectiu de control diari i manteniment de la temperatura de les neveres	si	Si	si	
SP AP 02.6P	Existència d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc en pacients crònics (MARC) Hi ha un document normalitzat i validat per la Direcció del centre? Hi ha un sistema que n'avalui la implementació (que inclogui indicadors d'avaluació)? En cas afirmatiu indiqueu la darrera data de l'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)?	si si 17/11/2021	si si 17/11/2021	si si 17/11/2021	
3. Gestió de material	SP AP 03.1P	Revisions del carretó d'aturada segons el procediment del centre Nombre de revisions del carretó d'aturada realitzades segons el procediment del centre Nombre total de revisions del carretó d'aturada previstes	49 49	49 49	49 49
	SP AP 03.2P	Absència de material fungible caducat	Si	Si	Si
	SP AP 03.3P	Anàlisi de les incidències dels serveis de laboratori de referència Nombre d'incidències dels serveis de laboratori de referència analitzats Nombre total d'incidències dels serveis de laboratori de referència detectats	597 597	761 761	689 689
4. Control i seguiment dels sistemes de registre d'esdeveniments adversos i dels sistemes d'informació	SP AP 04.1P	Notificació d'incidents, esdeveniments de salut sentinella i errors de medicació 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	5 0 2 15.155	1 0 0 18.754	2 0 0 14.781
	SP AP 05.1P	Control biològic de l'esterilització Nombre de controls d'espores Nombre de sessions d'autoclau realitzades	31 219	51 440	30 220
	SP AP 05.2P	Consultes/àrees i sales amb dispensadors de solució alcohòlica 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	Professionals sanitaris que han fet formació sobre "higiene de mans" (HM) Nombre de professionals sanitaris formats en HM Nombre total de professionals sanitaris del centre	0 39	0 35	0 41
	SP AP 05.4P	Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans Nombre de litres de preparat de base alcohòlica (PBA) entregats a l'EAP Nombre de visites de pacients realitzades l'any avaluat	152 86.571	118,5 91.922	104,5 76.344
	SP AP 06.1P	Existència d'un pla de seguretat dels pacients NOU Hi ha un document normalitzat i validat per la Direcció del centre? Hi ha un sistema que n'avalui la implementació (que inclogui indicadors d'avaluació)? En cas afirmatiu indiqueu la darrera data d'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)?	si si 29/10/2021	si si 29/10/2021	si si 29/10/2021

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