



MEMÒRIAANUAL



a+ althaia
Xarxa Assistencial Universitària Manresa

Qualitat i Seguretat del pacient **2021**

Índex

	Pàg.
Presentació.....	3
Fets destacats.....	4-6
Comissions Clíniques.....	7-10
Comissions de seguiment de la Qualitat.....	11
Acreditacions, Certificacions i Autoritzacions administratives.....	12
Gestió de documents.....	13
Seguretat del pacient.....	14-16
Resultats MSIQ	17-19
Resultat seguiment model EFQM.....	20-26

Presentació

Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient

L'any 2021 podem dir que és l'any de la postpandèmia, de l'anàlisi de la situació i de la reflexió per reprendre un procés de recuperació.

L'impacte de la covid ha arribat a modificar estructures, mètodes de treball i organització dels serveis, però sobretot a arribat a les persones, als pacients per les condicions en que han rebut l'atenció sanitària (nous sistemes, retards, menys prevenció,...) i als professionals per l'esforç perllongat que està requerint el sistema sanitari.

Aquesta situació, juntament amb la suspensió de sistemes de qualitat, com és l'Accreditació dels centres sanitaris, o el desenvolupament de projectes de millora, com són els projectes Zero, comporta una afectació directa a la qualitat i seguretat del pacient.

Però una crisi sempre és una oportunitat de millora, mantenir la qualitat suposa un repte que estem assumint malgrat la difícil situació actual. A continuar per aquest camí ens ha ajudat l'elaboració del Pla Estratègic, de forma reflexiva i participativa hem arribat a la definició dels 12 eixos que necessiten més atenció, entre ells l'eix transversal de la "Cultura de l'avaluació i de la qualitat".

Si parlem de cultura és perquè la qualitat ha d'estar impregnada en les activitats de tots els professionals que formem part de la institució, és la cerca constant de la millora continua.

Hem de conèixer amb els aspectes tècnics i científics i la part més personal de la relació entre persones, la humanització i de les expectatives de pacients i famílies. Però els recursos són limitats i hem de saber si el que fem es allò que hem de fer, i si ho estem fent bé. Per saber-ho necessitem resultats, avaluar-nos i comparar-nos amb d'altres, o amb models de qualitat com és el model EFQM, un instrument pràctic que ajuda a les organitzacions a fer una anàlisi objectiva, rigorosa i estructurada del seu funcionament i, en conseqüència, a millorar i garantir uns resultats sostenibles, així com donar visualització i reconeixement a les fortaleses.

El proper any 2022 hem de definir el Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient, derivat del Pla Estratègic i basat en el model EFQM, i volem que sigui un pla compartit, robust, basat en l'avaluació i amb capacitat de executar mesures ràpides per mantenir un bon nivell qualitatiu i evitar els màxims esdeveniments adversos del dia a dia.

Teo Baeza
Cap de la Unitat de Qualitat

“
La **qualitat** és
el resultat d'un
entorn cultural
construït
acuradament



Fets destacats (1)



De la visió 2030 s'extreuen **3 grans objectius estratègics**

**OBJECTIUS
ESTRATÈGICS**

SER UNA
ORGANITZACIÓ DE
REFERÈNCIA
A CATALUNYA



SER RECONEGUDA
I GENERAR
CONFIANÇA A LA
SOCIETAT



SER SOLVENT
ECONÒMICAMENT
AMB ELS RECURSOS
PROPIS



Participació de més de 100
professionals de diferents
serveis i categories
professionals



8 grups focals per analitzar i debatre
cada eix temàtic sorgit de les primeres
fases de sensibilització i anàlisi



+9è grup de professionals júnors de
menys de 10 anys de trajectòria
professional, per fer una mirada cap al futur



Bústia d'opinions, idees i propostes



Sessions treball agents d'interès

Partint de tot aquest treball participatiu, s'inicia un procés de revisió i definició d'accions per part del Comitè Estratègic, el Patronat i els comandaments que permetrà arribar al document final.

Fets destacats (2)

“Destacará per les seves prestacions i modalitats assistencials innovadores adequades al seu nivell de complexitat, amb qualitat i seguretat”



Visió de la Fundació Althaia al 2030

La Fundació Althaia es consolidarà com una organització sanitària i universitària de **referència** a Catalunya, **reconeguda** per la societat i que **tindrà la confiança** dels **pacients** - estant aquests en el **centre** de totes les seves polítiques i accions -, dels seus **professionals**, així com de la resta dels seus agents d'interès en general.

La Fundació Althaia farà un èmfasi especial en el **treball en xarxa** com a via clau per al reforç de la seva **cartera de serveis assistencials**, tant en l'àmbit **públic** com en el **mutual i privat**, i per a l'impuls de la **recerca** i de la **docència**.

Així mateix, la Fundació Althaia estarà atenta a les **necessitats emergents** de la població, farà una aposta per realitzar una atenció a la **crònica** i al **pacient fràgil i complex** estructurada i reforçada, fomentant la integració **social i de la dependència** i impulsant el model d'atenció a la **salut mental**.

La **voluntat d'avaluació**, la **transformació digital**, la **innovació** i la **qualitat** impregnaran totes les seves actuacions, que milloraran la **resiliència** i la **sostenibilitat** de la institució, així com el **desenvolupament econòmic i social** del territori.

La Fundació Althaia es basarà en els seus **valors** per la definició i el desenvolupament de les seves diferents polítiques, i actuacions, i en les quals **l'ètica** es mantindrà com un element present i essencial.



Actualització de la **Visió de la Fundació Althaia a l'any 2030**.

- Ser referents no només a la Catalunya Central sinó a Catalunya.
- Incorporació de conceptes de salut pública.
- Integració de la Qualitat com a eix transversal per integrar la cultura de l'avaluació i orientació als resultats
- L'ètica i els valors ens han d'identificar amb caràcter propi i els hem de valorar a la nostra institució.

Eix transversal de Qualitat



Cultura de l'avaluació i la qualitat

1. Actualitzar, implementar i difondre el pla de qualitat i seguretat del pacient.
2. Ampliar i sistematitzar l'avaluació dels processos i dels serveis.
3. Vetllar pels sistemes d'avaluació continua de la gestió de la qualitat i pel compliment de les normatives.

Fets destacats (3)

26/10/2021

Per segon any consecutiu els Best Spanish Hospitals Awards guardonen Althaia per l'atenció a les patologies de la dona

La institució ha tornat a rebre la distinció de millor hospital espanyol de referència en la categoria 'Patologies de la dona'. El premi valora els bons resultats en gestió clínica respecte als parts, les intervencions quirúrgiques dels càncers de mama i úter i de la patologia genital femenina

La Fundació Althaia ha estat guardonada per segon any consecutiu en els Premis BSH - Best Spanish Hospitals Awards®, que reconeixen l'excel·lència hospitalària a través de més de 250 indicadors d'eficiència, adequació i qualitat assistencial. En la tercera edició, la institució ha tornat a rebre la distinció de millor hospital espanyol general i de referència en la categoria anomenada 'Patologies de la dona', cosa que posa en valor la tasca que porten a terme els professionals dels serveis responsables d'aquesta atenció. El veredictes es va donar a conèixer la setmana passada en el decurs d'una cerimònia que es va celebrar a Sevilla.

En la categoria 'Patologies de la dona' s'han analitzat diferents processos de gestió clínica referents als parts i les intervencions quirúrgiques dels càncers de mama i úter, així com el prolapse genital i la displàsia de coll uterí, vagina i vulva. Els paràmetres que s'han tingut en compte i que s'han comparat entre els diferents centres participants han estat els índexs d'estada mitjana, de cirurgia sense ingrés, de complicacions intrahospitalàries, de reingressos urgents clínicament relacionats, de mortalitat i de cesàries en parts no complicats.



Comissions clíniques

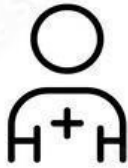
Comissions de seguiment de la Qualitat

Les Comissions i grups de treball són elements fonamentals de l'estructura de la gestió de la qualitat i així queda reflectit en el Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient que potencia i dinamitza el seu funcionament.



14

Comissions
Clíniques



222

Professionals hi
participen



11

Convocatòries per formar
part de comissions

Resum d'activitats de les comissions



C. Ètica

- Augment de consultes relacionades amb el final de vida i rebuig de tractaments.
- Consultes al C. Ètica: 12 al 2020 i 13 al 2021, la via de resolució més freqüent és la sessió ordinària o a través d'un consultor.
- Difusió de la Llei de regulació de l'eutanàsia
- Elaboració d'informes (aspecte ètic durant la Pandèmia, ús de l'Òxid Nitrós, Prestació d'ajuda per morir (PRAM) en salut mental i Telemedicina);
- S'han fet diferents guies i protocols; publicació al blog CEA i formació. Queda pendent, segons objectius previstos, el seminari anual, els espais de reflexió ètica.
- Es constata que no arriben demandes dels equips assistencials o d'altres comissions per la revisió d'aspectes ètics dels seus protocols i s'anima a fer-les.



C. Documentació

- Es proposa fer formació als nou vinguts sobre la documentació clínica a través de **videotutorials**.
- **Auditories internes** fetes:
 - Registres dels antecedents patològics als informes d'urgències i alta;
 - Presència del Consentiment Informat quirúrgic,
- Monitoritzat, des del 2019 de la presència de l'informe epícrisis:
 - Reducció d'informes sense fer, del 23% l'any 2020 al 8% el 2021.
- Es fan **29 propostes de millora de la HC** i utilitats a l'ETM: 16 finalitzades, 10 pendents d'informàtica i 3 de concretar per la comissió.
- Es destaca la necessitat de millorar els informes a l'ETU, tant d'urgències com d'alta. Es fa evident la necessitat de més hores d'informàtica.
- Algunes millores fetes: el versionatge d'informes; noves funcions de la missatgeria de l'ETM; modificació de l'avís de voluntats anticipades; nova versió dels informes ambulatoris; noves funcions per les interconsultes; visualització dels telèfons; enllaç als cursos HC3; millora de la informació al·lèrgies i reaccions adverses,...

Comissions clíniques



C. Infeccions

La comissió d'infeccions treballa en 9 línies, s'exposen algunes:

- **Programa d'Optimització d'antibiòtics o grup PROA:**
 - S'ampliarà al sociosanitari en 2022. S'han fet guies curtes i clares.
 - Intervenció directa en les prescripcions: PROA bacterièmia (74% intervencions); en el PROA antimicrobians (58% intervencions); UCI (73% intervenció); Programa 7VINCut 98% taxa d'acceptació de la recomanació.
- Elaboració de la "Guia antibioteràpia dirigida de la bacterièmia".
- Programa de suport electrònic a la prescripció a través de l'ETF.
- Resultats favorables pel que fa als **patògens multiresistents** GMR: SARM, *C. difficile* i Enterobacteris BLEE o productors de carbapenemasa, en general per sota del grup comparador.
- El **consum d'antimicrobians**, amb 61,3 DDD per cada 100 estades, és significativament inferior al grup comparador dels hospitals de Catalunya en 2020.
- Bons resultats en bacterièmia per catèter (0,07‰) i en els indicadors d'infecció quirúrgic (colon 5,8%; recte 13,7%; recanvi protètic de maluc 0,68%; recanvi protètic de genoll 0,7%.



C. Farmàcia

- Entre les activitats de la comissió de farmàcia està l'avaluació de la inclusió/exclusió/intercanvi de fàrmacs: 17 al 2021 més 21 procedents de l'actualització dels medicaments antiinfecciosos (en comparació als 9 del 2020). Dels 17, se'n van **incloure 14, més 5 antiinfecciosos**, i es van fer 2 intercanvis terapèutics.
- S'han revisat 6 protocols i 2 grups farmacològics (insulines i antiinfecciosos).
- Seguiment fàrmacs després d'un any de la seva inclusió (2 al 2020 i 6 al 2021) i de fàrmacs de Medicació en situacions especials (2 al 2020 i 5 al 2021).
- **Seguiment dels indicadors de qualitat farmacèutica (IQF).**
- Inici de la revisió de la Guia Farmacoterapèutica, 2 protocols de prescripció a l'ETF, d'infermeria i del Malditof, millores en el registre de les reaccions RAM i projecte pel desetiquetatge de les al·lèrgies a betalactàmics.
- 14 seguiments de l'inici de tractaments amb inhibidors PCSK9.



C. Tumors

- A l'any 2021 s'han fet **1.643 informes vinculants** a tots els professionals.
- Durant 2020 i 2021 s'ha fet la migració de dades a l'**Aplicación de Selección y Extracción de Datos Tumorales (ASEDAT)** de 13.194 tumors.
- Els resultats més recents (2018) indiquen que l'evolució del nombre de casos nous segueix en augment seguint la tendència dels anys anteriors.
- La supervivència relativa al cap de 5 anys dels pacients d'Althaia és major en els casos de còlon, recte, pulmó, pròstata, mama, cèrvix i ovari. Només en els casos d'estómac està lleugerament per sota.
- L'impacte de la Covid s'ha notat en la detecció de casos nous, el 2020 van baixar un 20% aprox, excepte en els casos de tumors de pulmó. El 2021 les dades es van recuperant.
- Amb l'aturada del cribratge de colon per la pandèmia s'ha reduït el tall d'indicació de colonoscòpia en un 28%. En el cas de mama a hores d'ara ja s'ha recuperat l'activitat.
- El proper 21 de juny es farà la reunió anual la Comissió General de Tumors.



C. Mortalitat

- **Taxa de mortalitat 2021 de 2.77%** que correspon a 721 èxits, no comparables al 2020.
- **Es revisat 306 (42.44%)** segons criteris: 100% dels < 65a, de perinatals, perioperatoris, MIPSES, necròpsies i èxits a urgències >48h; 10% dels èxits de 65-80a i 5% >81i 86% UCI.
- 22,22% de les morts eren pacients terminals i un 39,21% eren morts previsibles
- 39,59% dels casos amb limitació de l'esforç terapèutic; en 33,66% amb activació RCP; un 1,30% es van considerar morts inesperades. 4 morts han estat considerades evitables.
- Augmenten de sol·licitud de necròpsies "on-time", es van fer 11; augment de casos investigats i el 100% comunicats als serveis responsables.
- **Millora de l'adequació del suport vital (ASV)** en èxits <48h i un bon criteri de Limitació de l'esforç terapèutic i ASV en pacients terminals i èxits previsibles.

Comissions clíniques



C. Hemoteràpia

- Des de fa 2 anys el procés de transfusió a Althaia es gestiona des de Banc de Sant i Teixits de Catalunya (BST), al 2021 s'ha continuat amb l'adequació dels procediments i normatives.
- S'han dut a terme **auditories del CatSalut, del BST** i internes que s'han superat amb èxit.
- Posada en marxa del projecte de transfusió domiciliària, que ja està actiu.
- **Digitalització de la petició de sang** i hemoderivats (acabada la primera part al gener del l'any 2022).
- Implementació d'un nou programa per al laboratori (Progesa) que manté la traçabilitat des del donant fins al pacient transfós.
- Optimització del sistema de reserva de sang.
- Elaboració del protocol d'hemorràgia massiva general, d'un díptic de reaccions transfusionals; sessions de formació; un auditor intern de la idoneïtat en la transfusió per serveis i un altre d'indicació de plaquetes.
- La comissió d'infermeres d'hemovigilància ha fet 2 talls d'avaluació **d'indicadors de qualitat** (18), anàlisi del 100% de les incidències, i formació a 355 infermeres des de l'any 2018).



C. Seguretat Pacient

- Els professionals han notificat **118 incidents durant l'any 2021**; la majoria han estat de risc baix o moderat (36% i 28%), sent el 17% de risc alt i només el 2% de risc extrem. Els professionals que més notifiquen són infermeria i llevadores, però s'aprecia una augment progressiu d'altres categories (metges i farmacèutics entres altres).
- Periòdicament es fa difusió de bones pràctiques a través dels butlletins bimensuals, missatges per Medxat, sessions clíniques i formació on line, presencial i en simulació
- Resultats de les observacions de la higiene de les mans (N1752): 67,8% vs 68% al 2020
- Check-list quirúrgic ha millorat notablement després de la informatització realitzada al 2019.
- Grups de treball que depenen de la comissió de seguretat del pacient: Ús segur del medicament (des de el 2021), el de Salut Mental i el de l'Atenció Primària.
- S'ha **completat l'objectiu** de donar resposta als **indicadors de SP** de la part variable del contracte (81 de l'especialitzada, 33 de la privada i 20 de la primària).



C. Protocols

- Les membres de la comissió es reparteixen el protocols per fer una primera lectura crítica i valoració de la metodologia i contacten també amb altres serveis i comissions si es necessari.
- Cada membre és responsable de fer la difusió dels protocols a les seves àrees un cop aquests estan aprovats i publicats a la Intranet. Moltes vegades l'elaboració o actualització d'un protocol també deriva a fer canvis en els plans de cures de Gacela.
- A l'any 2021 s'han elaborat **15 nous protocols**, que s'organitzen per temes: cures i protecció de la pell (1); proves diagnòstiques (1), urgències (1), pediatria (1), endocrí (1), al·lèrgies (1), Obstetrícia i ginecologia (1), Quiròfan CSJ (2); Hemodiàlisi (2); Infeccions (3) i cirurgia (1).
- **Actualitzats 64 protocols i 8 plans educacions**, han quedat 32 protocols i 4 plans educacions per actualitzar, que es faran properament, sumats als 46 protocols i 2 plans educacions corresponents al 2022.



C. Politraumàtic

- Pacients politraumàtics al 2020: 294, al 2021 augmenten a **399 com valors anteriors a la pandèmia**.
- Major incidència en homes (70%); el 73,3% entren per urgències amb ambulància no medicalitzada (73,3%) i segueix en augment els de prioritat 2.
- Mecanisme lesional més freqüent: el cotxe; en augment la moto, bicicleta i patinets.
- Diagnòstic d'alta més freqüent: contusions múltiples (50,4%) i fractura aïllada (20,1%).
- Augmenten els traumatismes cranioencefàlics (TCE), tant amb lesió com sense.
- Un 70-72% marxen el mateix dia o es queden en observació 24h; els ingressos de cirurgia, trauma es mantenen igual, UCI han baixat.
- **S'ha fet formacions** (ex: simulació en PPT per residents) i presentacions a jornades i congressos.

Comissions clíniques



C. Dolor

- Al 2020 i 21 no s'ha pogut fer el curs intern del dolor ni la col·laboració en el màster d'Anestèsia i Reanimació.
- Actualització del **protocol de dolor sever**.
- **Difusió** del dia mundial del Dolor a través de les xarxes socials amb l'edició d'un vídeo, una entrevista a Regió 7, a Radio Manresa i el Blog d'infermeria.
- En quan al tall de prevalença del dolor es manté el canvi de metodologia del 2020 degut a la pandèmia, en lloc de fer les observacions i entrevista amb el pacient és recullen les dades registrades a les HC d'una mostra seleccionada i estratificada.
- Es valoren 3 indicadors:
 - 1) Registre i avaluació cada 8h: 78,03% per sota del 83,33% del 2020.
 - 2) **Prevalença del dolor** actual, dolor >3 amb l'escala EVA, **11,37%** (obj: <16%).
 - 3) Revalorització: 78,78%, millor que l'any anterior (75%).



C. Nutrició

- Comissió de nova creació, es va constituir oficialment al març del 2022.
- Objectius: planificar, controlar i implementar estratègies en l'àmbit nutricional i dietètic amb un impacte positiu en l'evolució clínica del pacient.
- Alguns exemples de millores per implantar són:
 - Aplicar el mètode de **cribratge nutricional** NRS-2002 a Unitats d'Hospitalització
 - Activar la codificació de la malnutrició, obesitat, nutrició parenteral i enteral a l'informe d'alta;
 - Actualitzar protocols i elaborar de nous; recomanacions, revisió de dietes, al·lèrgies alimentàries
 - Consensuar noves fórmules de nutrició enteral; canvi d'espessidor; preparació de les NPT siguin a Sala blanca a Farmàcia; programa informàtic de prescripció i preparació de la NPT.
 - **Unificar conceptes dietètics** a seguir durant el tractament d'oncologia i valorar la implantació del test de cribratge NUTRISCORE.



C. RCP

- Nombre d'aturades al 2021: **33, dins del ran esperable (18-35)** malauradament amb un cas en pediatria.
- 100% de les d'aturades s'atenen abans de 2 min perquè tots els professionals estan formats per fer la reanimació bàsica.
- El **69,7%** de pacients recuperen la circulació espontània, indicador d'una correcta reanimació.
- La supervivència al cap de 28 dies ha sigut del 33%, una mica més alta de l'esperada (15-20%).
- S'han fet adaptacions dels circuits i carros d'aturades (canvis CH, CSAM, ABS,...).
- Incidències freqüents amb relació als avisos als busques pel que s'han fet revisions i millores
- Revisió i seguiment de casos amb debriefings a l'equip i atenció a segones víctimes.
- Revisió de les noves Guies RCP EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL i analitzar **l'enquesta** que es va fer la 2020 als professionals, que van contestar 350 persones.
- **Formació:** 467 professionals Althaia; al territori a través d'un vídeo; una jornada de conscienciació de l'aturada cardíaca al centre de Manresa i cursos externs a policies.



C. MAPAC

- La nova Comissió per la Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica, té la funció d'implantar el concepte de l'adequació com a concepte de balanç risc-benefici.
- El primer pas del procés és identificar les prestacions potencialment inadequades, formular les recomanacions i proposar accions de millora per poder-les reduir. El procés d'avaluació ha de ser sistemàtic i explícit, amb la participació activa dels professionals implicats.
- Actualment, s'han iniciat dues recomanacions consensuades amb les direccions mèdiques i d'infermeria, que són **l'ús excessiu de la telemetria cardíaca en unitats no intensives; i la prescripció sistemàtica d'inhibidores de la bomba de protons com a profilaxi de l'hemorràgia gastrointestinal** a pacients en tractament amb fàrmacs antiplaquetaris en absència d'altres factors de risc.

Comissions de seguiment de la Qualitat

Nucli de Qualitat

És un grup multidisciplinari de caràcter transversal en el qual es recolza la Unitat de Qualitat per tenir una visió integral de tots els processos de la institució.

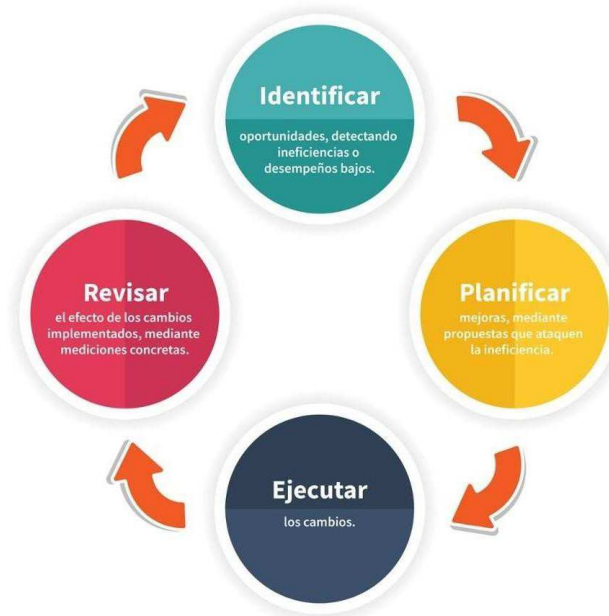
8 Reunions

Resultats:

- Implementació de 5 enquestes d'experiència de l'usuari a la Clínica.
- Incorporació de Qualitat al Comitè d'Ètica Assistencial.
- Definició de la Política d'Atenció Ciutadana.
- Presentació al premi de Bones Pràctiques del Club de l'Excel·lència: Gestió de la informació a urgències.
- Autoavaluació de l'Accreditació de SJD.

Temes tractats

- Seguiment dels indicadors segons model EFQM.
- Seguiment dels criteris de l'Accreditació d'aguts i responsables dels processos.
- Gestió de la Promoció de la Salut.
- Presentació del BI i properes funcionalitats.
- Proposta d'acreditació del Servei d'Oncologia.



Comitè Assistencial Ampliat

En l'àmbit dels processos assistencials, el Comitè Assistencial exerceix la funció integradora de tots els agents de la qualitat assistencial incloent els presidents de totes les comissions clíniques. A tal efecte es fan reunions periòdiques.

4 Reunions

Resultats:

- Formació del grup per l'ús segur del medicament
- Accions per millorar els resultats de la UF3 (quiròfan disponible els caps de setmana,...).

Temes tractats

- Plataforma de Benchmarking Sanitari 3.0.
- Autoritzacions administratives pendents actualització.
- Proposta de digitalització de la comunicació entre quiròfan i la central d'esterilització.
- Aplicació ProSP per seguiment del material d'urgències.
- Identificació de les categories al curs clínic a l'ETM.
- Resultats memòria UF3.
- Avaluació externa dels centres sociosanitaris.

Accreditacions, Certificacions i Autoritzacions administratives

Accreditacions Departament de Salut

La direcció general d'Ordenació i Regulació Sanitària informa que es **prorroga la vigència** dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda fins al setembre del 2022, i atenció primària fins al desembre del mateix any.

Els resultats vigent són:

Accreditació d'aguts (2014)

Edifici SJD: 94,24%

Edifici CSJ: 94,09%

Edifici CHM: 93,98%

Accreditació primària (2015)

Accreditació ABS1: 94,50%

Accreditació ABS3: 94,20%



Certificació ISO 9001-2015 dels Laboratoris de Bioquímica i Microbiologia i de l'UHAD.

L'any 2021 ha estat un any de renovació de la certificació ISO 9001 que correspon c/3 anys. Es va dur a terme els dies 3 i 4 de maig amb un resultat molt satisfactori de 0 No conformitats

Es destaquen com a punts forts:

- Sistema de gestió de qualitat molt consolidat als dos serveis.
- Maduresa del sistema, i superació del gran increment d'activitat durant l'any 2020 de forma molt satisfactòria.

Com a oportunitat de millora s'aconsella potenciar l'ús de la finestra única a tot l'Hospital, a fi d'aprofitar-la per a la identificació i proposta de millores als serveis.

Certificació ISO 15.189

Seguiment de la certificació ISO 15189 del **Laboratori d'Anatomia Patològica** al juliol del 2021 amb resultat de 4 No conformitats menors: documentació pendent actualitzar; formació pendent i informació que cal afegir als informes.



Autoritzacions administratives

Els centres i els serveis sanitaris, sigui quin sigui el nivell, la categoria o el titular, necessiten l'Autorització administrativa de funcionament per posar-se en marxa o per fer-hi qualsevol modificació significativa.

Els tràmits administratius de les activitats relacionades amb l'extracció, conservació, distribució i trasplantament i d'òrgans i teixits per utilitzar-los amb finalitats terapèutiques s'han d'actualitzar cada 3 o 4 anys. L'Organització Catalana de Trasplantament, l'OCATT, és l'organització responsable. Es tramiten els últims trasllats de serveis del CH a SJD: Otorrinolaringologia i cirurgia maxil·lofacial. Es continua amb els tràmits d'adequació a la cartera de serveis actual.

Autoritzacions tramitades

Instal·lació d'obres - ORL	Abril
Instal·lació d'obres - MAX	Maig
Trasplantament de teixit ocular	Set
Modificació de la cartera de serveis de HSJD	Nov
Trasplantament teixit musculoesquelètic SJD	Des
Trasplantament teixit musculoesquelètic CSJ	Des

Gestió de documents: Protocols, Procediments, Guies clíniques,...

Documents:



700

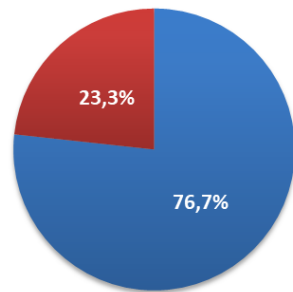
Protocols
publicats



537

Protocols
actualitzats

% documents 2021



■ documents actualitzats ■ documents caducats

	2020	2021
Protocol publicats*	622	700
Protocols actualitzats*	86,0%	76,7%

* Dades del mes de desembre

Elaboració de la Guia d'ús del gestor documental



Millores efectuades en el Gestor documental durant l'any 2021:

- La incorporació d'un índex de documents per temes assistencials (Covid, ventilació, higiene, pediatria, etc.).
- La incorporació d'una secció amb les últimes novetats (documents nous i actualització).
- Facilitat de cerca: es facilita més la cerca per títol o per contingut. També es pot cercar per unitats, serveis o comissions.
- Ampliació dels continguts, com per exemple vídeos i documents externs vinculats a protocols i procediments.

Seguretat del pacient

Esdeveniments adversos

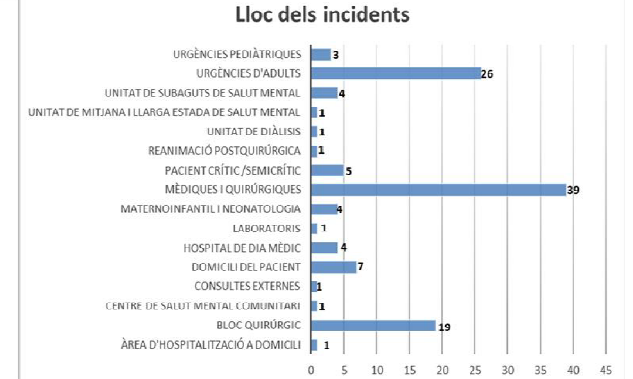
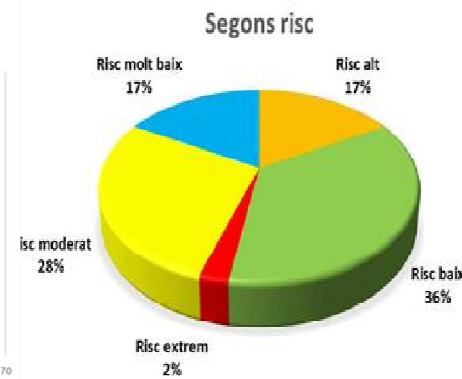
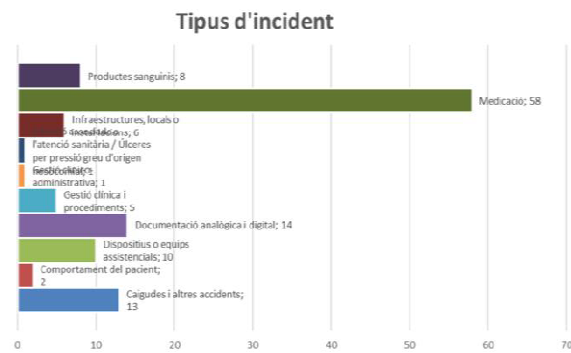
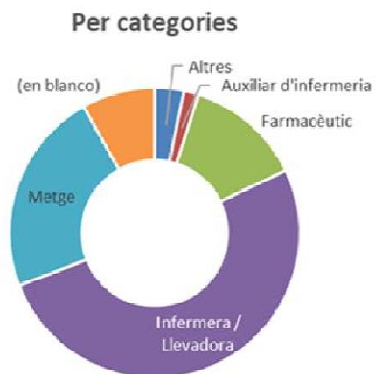
La Unitat de Seguretat del pacient analitza tots els esdeveniments adversos notificats per professionals, la notificació és voluntària, anònima i confidencial, l'objectiu mai és punitiu, està enfocat en identificar els riscos dels processos i sistemes per tal de posar barreres i evitar esdeveniments que causin dany als pacients.

	2018	2019	2020	2021
Gestió dels incidents/esdeveniments adversos notificats	116	88	97	118
Nombre d'esdeveniments adversos de risc extrem notificats	3	2	4	4



Accions de millora

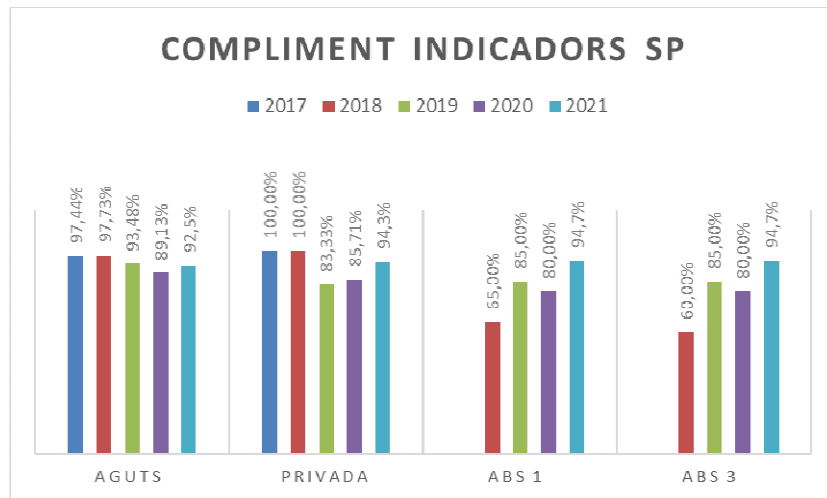
- Digitalització del procés de transfusió (1a fase)
- Implantació de Check list en l'entrega de components sanguinis
- Formació general a Infermeria en prevenció de caigudes.
- Identificació en color groc en tot el procés dels fàrmacs de risc (MAR).
- Tancament i condicionament d'espai exterior per risc de caiguda.
- Registrar "Pendent infermeria" a URG per evitar altes sense revisió per infermeria.
- Millora de la comunicació de pacients entre serveis (ex: sessions Digestiu)
- Instal·lació de lectors de targetes sanitàries a admissions d'URG
- Registrar "Dubtes identitat" a admissions URG davant sospites.
- Canvis de materials adquirits durant la pandèmia que no complien els requisits de seguretat.
- Posada en marxa del PROSP per control de vacunes Covid.
- Formació de grup de treball per disminuir les bacterièmies per catèters



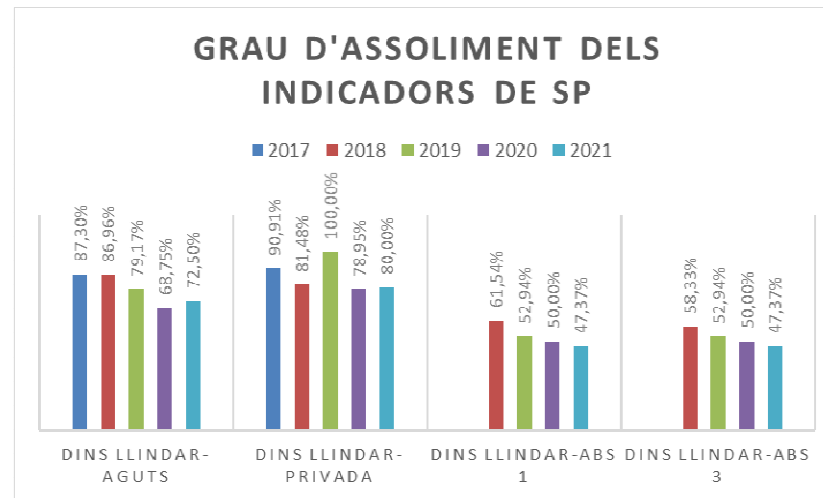
Seguretat del pacient

Objectiu del Servei Català de la Salut de la part variable del contracte:

- SEGPAC01: Proporcionar al Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica en el termini establert les dades dels indicadors de seguretat dels pacients de l'hospital
- SEGPACAE02: Assolir un determinat valor mínim del grau de cobertura de la identificació inequívoca de pacients. (95%)



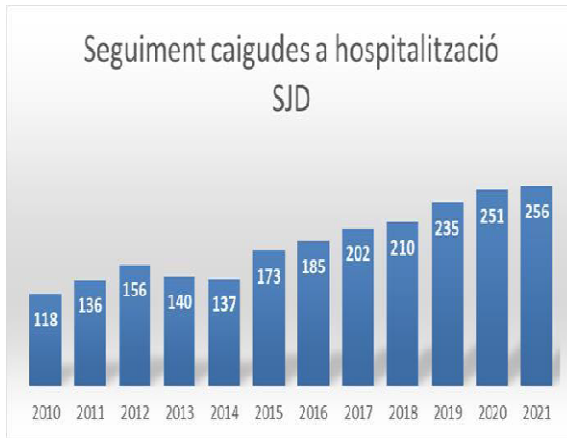
Percentatge d'indicadors que es mesuren



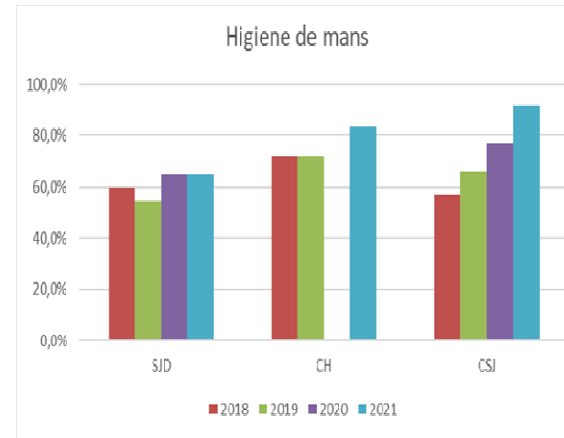
Percentatge d'indicadors que estan dins dels estàndards

Identificació dels pacients
 Resultat:
95,8%
 Estàndard:
 95%

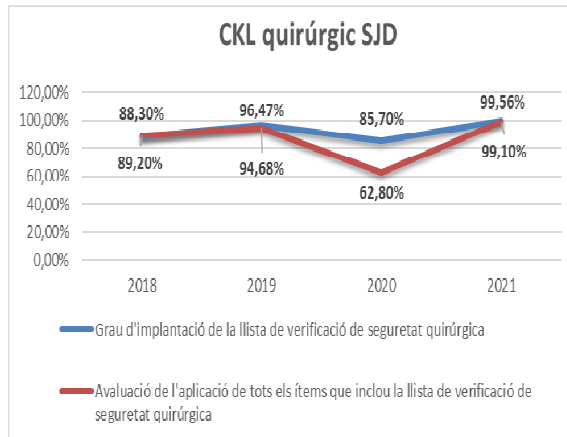
Alguns resultats de Seguretat del pacient



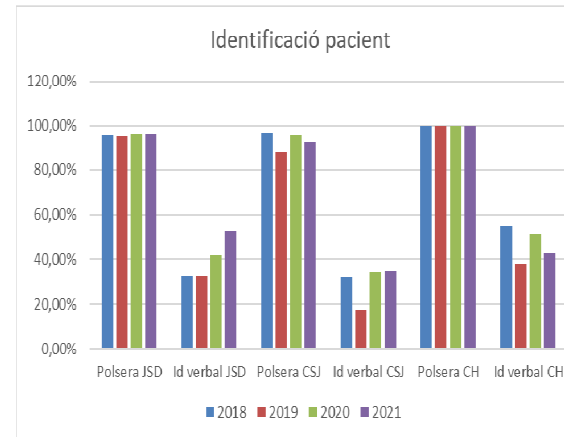
El nombre de caigudes en pacients hospitalitzats continua augmentat a l'hospital de SJD i al Sociosanitari (92 vs 44). Entre els factors relacionats possibles són: restriccions dels acompanyaments per la Covid; elevat nombre de pacients d'edat avançada amb alteracions cognitives; augment de la pressió assistencial post pandèmia.



El compliment global ha estat de 67,8%. En general els grups de millor compliment són els col·lectius de DI i TCAI d'Infermeria. Metges i portalliteres milloren en algunes de les àrees. Els millors compliments són els moments "abans de tècnica asèptica" i "després del contacte amb fluïds".



Els resultats del check list quirúrgic han millorat molt aquest any. El procés de digitalització i incorporació al BI ha requerit d'un temps de revisió i adaptació de les formules dels indicadors, finalment hem recuperat uns valors molt propers al 100% de compliment.

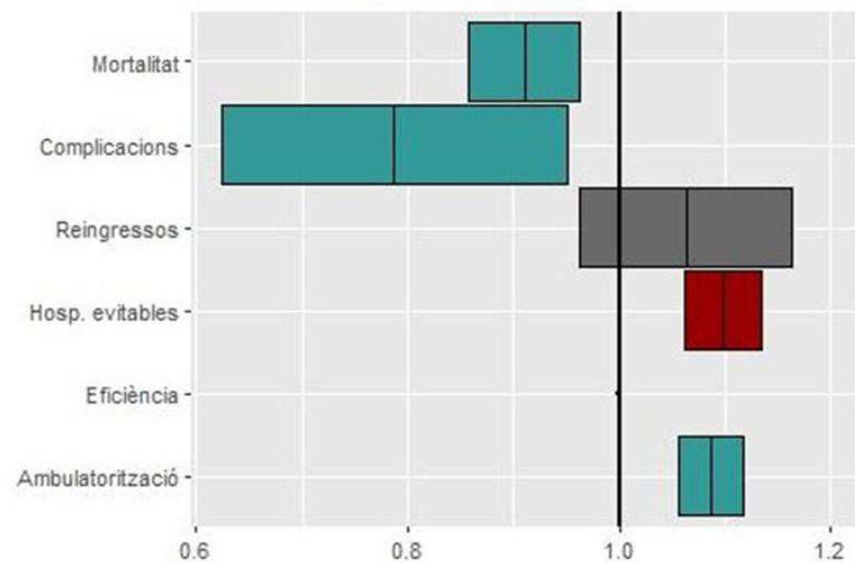


Nivells molt alts en el compliment de la polsera identificativa del pacient, una mica més baix en els serveis on el pacient està poca estona. La verificació verbal de la identificació amb la participació del pacient augmenta, lenta, però progressivament, al SJD on s'ha impartit més formació en simulació.

Resultats MSIQ 2021: dades destacables

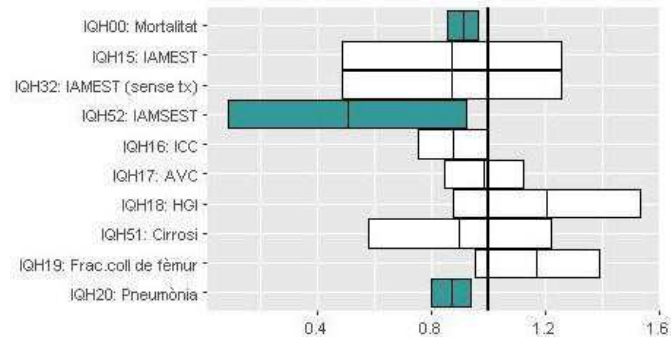


Indicadors ajustats de H. Althaia. Any 2021

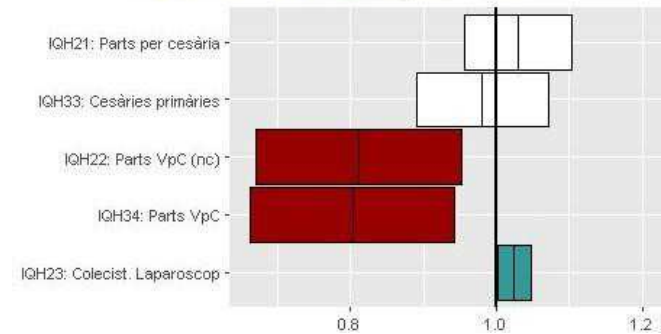


Resultats MSIQ 2021: dades destacables

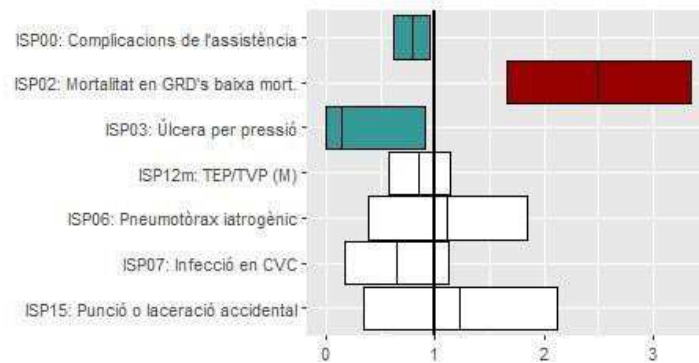
Mortalitat en determinades patologies



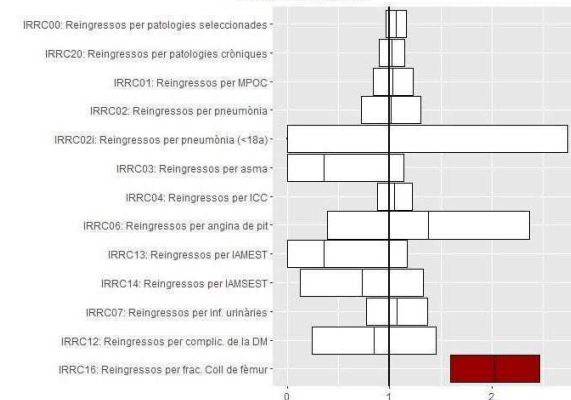
Utilització de determinats procediments



Complicacions mèdiques i quirúrgiques

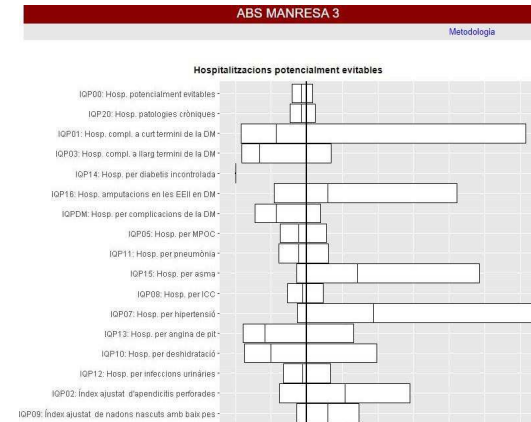
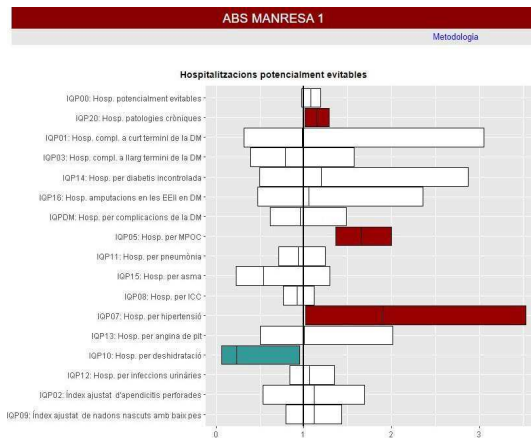


Reingressos a 30 dies

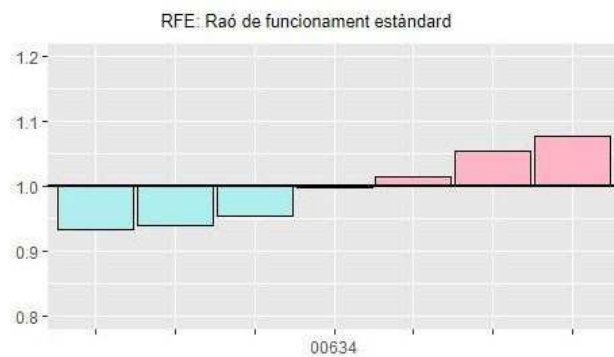


Resultats MSIQ 2021: dades destacables

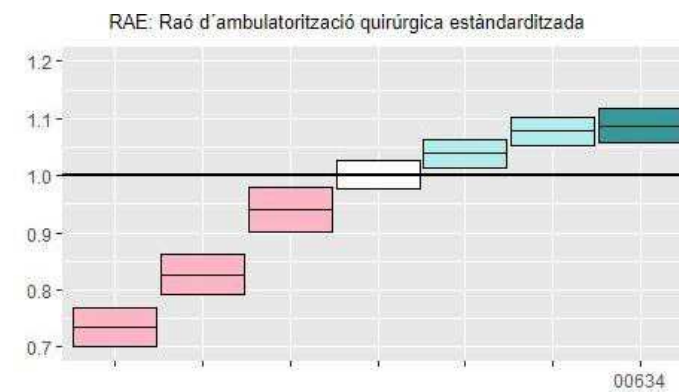
Hospitalitzacions potencialment evitables



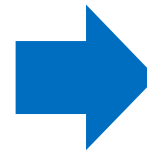
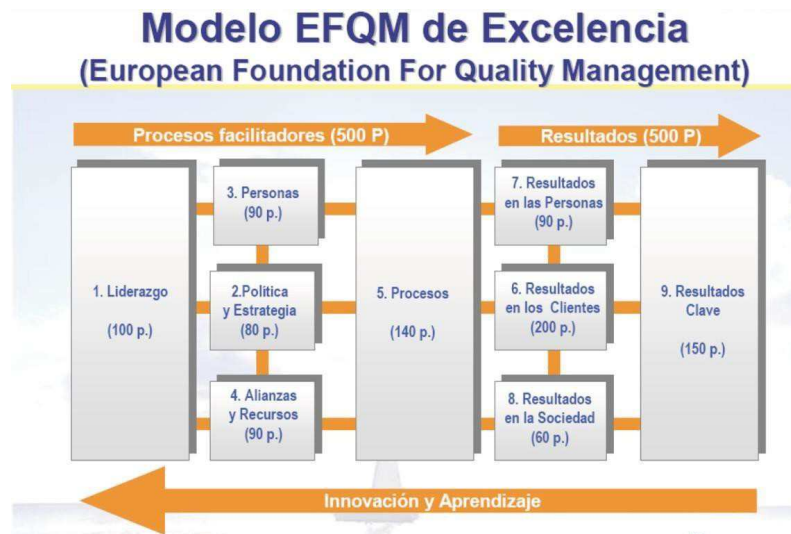
RFE: Raó de funcionament estàndard



RAE: Raó d'ambulatorització quirúrgica estàndarditzada



Resultats de seguiment del model EFQM/ Transició nou model 20-20





**XARXA ASSISTENCIAL
UNIVERSITÀRIA DE MANRESA**

Dr. Joan Soler, 1-3 - 08243 Manresa

Tel. 93 875 93 00

Fax 93 873 62 04

althaia@althaia.cat

www.althaia.cat



SEGUEIX-NOS:    