

id:	625	Versió:	1.0 (vigent)
Tipologia:	Direcció de Qualitat, Planificació i Avaluació	Data publicació:	07/02/2016
Categoria:	Qualitat	Data despublicaci�:	-
Subcategoria:	Seguretat Clínica	Data validació:	07/02/2016
Tipus:	Pla	Revisió:	Biennal

Pla de Qualitat i Seguretat del pacient 2015 - 2017

Responsable: Rosa Maria Simon Perez

Col·laboradors: Santiago Fuentes, M Belen, Ariza Garcia, Vicky, Justo Nevado, Edurne, Cardiel Bun, Alberto, Remartinez Fernandez, Fernando, Manzano Gazquez, Maria, Franco Casadesus, Marta, Fernandez Yagüe, Marta, Robert Lopez, Nuria, Diaz Boladeras, Rosa Maria, Serda Sanchez, Silvia

Validadors: Simon Perez, Rosa Maria, Prat Arabia, Jaume, Ib n ez Pardos, Jose Luís, Charlez Trallero, Margarita

Data impressió: 25/10/2016

1. Introducció

El Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient és el document que ens marca l'estratègia i les accions a desenvolupar en el marc de la Qualitat i Seguretat del Pacient en els nostres centres, i descriu els elements clau del sistema de gestió de la qualitat en el Consorci Sanitari del Garraf.

 s per tant, l'eina de gestió que implica totes les àrees i a tots els professionals dels centres.

Encara que aquest Pla de Qualitat i Seguretat del pacient incorpori noves línies de treball, cal considerar-lo com a un desenvolupament de l'anterior Pla de Qualitat 2012-2014.

La base en la que es desenvolupa el present Pla de qualitat i Seguretat del pacient és el 3er Pla estratègic 2015-2017 del CSG i el Model de seguretat de pacients del Departament de Salut. En el Pla de qualitat i Seguretat del pacient 2015-2017 ens marquem com a línies estratègiques a desenvolupar:

Ser la institució sanitària de confiança del Garraf

A) Millorar l'Accessibilitat

Facilitar l'accés dels usuaris als recursos i serveis del CSG i optimitzar l'orientació al pacient de la institució des d'una vessant física (instal·lacions, derivacions, mobilitat interna...) i humana (acolliment, qualitat de la informació, confort, adaptació a les necessitats i expectatives).

C) Responsabilitat social, compromís amb l'entorn i promoció de la salut

Generar valor afegit desenvolupant un model que ordeni i fomenti el compromís que té el CSG amb l'entorn, les persones, la salut i la qualitat.

Aquest compromís es tradueix en accions que busquen el benefici de tots els grups d'interès i la sostenibilitat amb l'entorn incorporant la promoció de la salut en la nostra estratègia.

D) Millorar l'eficiència operativa i la gestió clínica

Implantar el concepte d'eficiència operativa en la gestió de tots els processos del CSG.

Implantar la metodologia Lean Healthcare en tots els processos del CSG, de manera que utilitzem els recursos disponibles de forma responsable i eficient per tal d'assolir el seu màxim rendiment.

Seguint aquesta estratègia es definiran els protocols i procediments, les inversions, el consum de recursos, es potenciaran alternatives a l'hospitalització tradicional (ambulatorització...) i s'optimitzarà l'ús i rendiment dels recursos clínics (hores de disponibilitat de quiròfans, consultes externes, hospitalitzacions evitables...) per tal de millorar el seu rendiment.

F) Gestionar la qualitat i la seguretat clínica

Fomentar el lideratge assistencial i la gestió clínica desenvolupant un sistema que permeti l'avaluació de resultats.

Desenvolupar un model de qualitat que tenint l'excel·lència com a objectiu fomenti la cultura de la seguretat del pacient en la activitat diària dels professionals implantant pràctiques segures que disminueixin la incidència dels esdeveniments adversos.

1. Definició i aplicació de pràctiques segures
2. Sensibilització, difusió i gestió del coneixement i la formació
3. Gestió del desplegament del Pla de seguretat dels pacients
4. Innovació – crear i fomentar espais d'innovació
5. Pacients – participació dels pacients/familiars i formació i informació continua dels pacients/familiars

J) Valoritzar la institució

Millorar la imatge externa que tenen els ciutadans i l'entorn pròxim sobre els serveis i recursos del CSG a través de la posada en valor de la cartera de serveis, el desplegament del Model de Qualitat i el foment de reconeixements externs.

2. Política de Qualitat i Seguretat del Pacient

MISSIÓ DEL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF

El Consorci Sanitari del Garraf és una entitat pública vinculada al seu territori que té com a missió satisfer amb excel·lència i de forma sostenible les necessitats socials i de salut de les persones de la seva àrea d'influència amb un enfocament integral.

VISIÓ DEL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF

- Al 2020, el Consorci Sanitari del Garraf és una organització sanitària econòmicament sostenible i de confiança per a tots els habitants del Govern Territorial de Salut del Garraf pel que fa a l'hospitalització aguda i a l'assistència socio sanitària.
- L'àrea d'hospitalització d'aguts del Consorci és un centre referent pels centres hospitalaris situats entre el Tarragonès i el Baix Llobregat, i es caracteritza per haver triat deliberadament els elements pels quals es diferencia dels centres del seu entorn i que són motors d'atractivitat i referència.
- Al 2020, el Consorci Sanitari del Garraf és una Xarxa de Serveis Integrada, garantint el continu assistencial als habitants de la seva zona d'influència. El Consorci ofereix doncs una atenció coordinada entre els seus propis dispositius i entre aquests i la resta d'actors del Govern Territorial de Salut del Garraf.

- L'atenció integrada es veu enfortida per una forta orientació al pacient, un enfocament comunitari de l'atenció i una optimització de l'accessibilitat de la població tan als seus recursos com als seus serveis. Aquest rol comunitari es veu impulsat pel seu important rol d'hospital docent.

VALORS DEL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF

Els valors són les regles que guien l'actuació de l'organització de tots els professionals del Consorci. Els nostres valors són:

Respecte: Entenem que totes les persones som mereixedores de respecte, consideració i sensibilitat.

Professionalitat: Ens mou el compromís, la responsabilitat i l'afany de superació en la competència i pràctica professional.

Equip: Actuem amb cooperació i confiança entre professionals, pacients i centres, per aconseguir objectius comuns.

Qualitat: Treballem per aconseguir la satisfacció de les necessitats de salut i socials de les persones, amb innovació i millora contínua des d'un punt de vista tècnic i humà.

POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT DEL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF

D'acord amb la formulació realitzada de la missió del Consorci Sanitari del Garraf, la nostra política de qualitat es basa fonamentalment en aquests eixos:

Assoliment d'una atenció sanitària i social excel·lent basada en:

1. La millora contínua de l'atenció.
2. La seguretat del pacient.
3. La racionalització dels recursos per a un sistema sostenible.
4. L'actuació responsable amb el medi ambient.
5. La satisfacció de les necessitats i expectatives dels clients.
6. La satisfacció de les necessitats i expectatives dels professionals.

Això ho aconseguim a través de les següents premisses:

- Coneixent quines són les necessitats dels nostres clients en cada un dels processos d'atenció.
- Definint quines són les pautes d'actuació segons l'evidència científica disponible.
- Analitzant els resultats de les nostres actuacions.
- Redissenyant els nostres serveis en funció de les expectatives dels nostres clients, integrant la qualitat a la pràctica quotidiana.
- Obtenint el compromís dels nostres professionals que formem part del Consorci Sanitari del Garraf.
- Millorant contínuament els processos.
- Creant una cultura de seguretat del pacient.
- Fomentant la participació dels pacients en la seva pròpia seguretat.
- Promovent la notificació dels errors amb la finalitat d'aprendre i esdevenir una organització segura
- Potenciant formació contínua dels professionals.
- La motivació dels professionals, en vers a l'atenció als clients i l'eficiència de les activitats que desenvolupem.
- Acomplint els requisits legals i reglamentaris relacionats amb la nostra activitat.
- El compromís de la Direcció a posar els recursos que siguin coherents amb l'equilibri pressupostari del Consorci.
- El liderat de la Direcció amb el desenvolupament de la Gestió de la Qualitat, amb la total implicació de la Direcció del Centre i de la Direcció de Qualitat.
- Revisant contínuament la Política per adequar-la als propòsits del Consorci Sanitari del Garraf.

OBJECTIUS DE LA POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT DEL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF

Amb la finalitat d'acomplir la missió i assolir la visió i d'acord amb les línies estratègiques definides en el pla estratègic 2012-2014 del Consorci, s'estableixen, en la política de qualitat els següents objectius:

Orientació al client:

- Conèixer, comprendre i comunicar a tota l'organització les necessitats i expectatives dels nostres clients, assegurant un equilibri entre les seves necessitats i expectatives i l'organització. Repensar la distribució i caracterització dels serveis en funció de les necessitats i expectatives dels clients.
- Assegurar que els objectius de millora anuals dels centres estan relacionats amb les necessitats i expectatives dels clients.
- Desenvolupar una accessibilitat òptima pels nostres clients.
- Garantir l'atenció integrada dels pacients.
- Atorgar una atenció segura.

Lideratge:

- Establir objectius de millora anuals rellevants de forma participativa en coherència amb els diagnòstics definits a l'autoavaluació de qualitat seguint el Model EFQM d'excel·lència empresarial, els estàndards d'acreditació del Departament de Salut i la satisfacció i expectatives dels nostres clients.
- Proporcionar als professionals els recursos necessaris, la formació i la llibertat per actuar amb responsabilitat en la millora contínua.
- Desenvolupar el model i cultura propis del Consorci Sanitari del Garraf.
- Desenvolupar la valorització de la institució.

Desenvolupament i implicació de les persones:

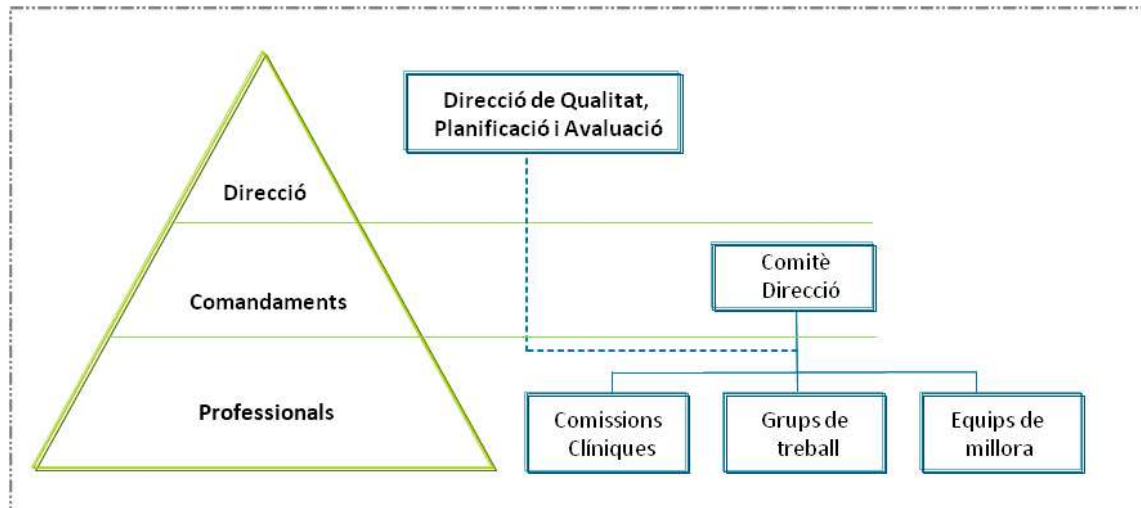
- Desenvolupar la competència dels professionals i la seva responsabilitat en la resolució de problemes
- Implicar els professionals en la missió i visió dels seus centres i dels valors de l'organització
- Recerca d'oportunitats per augmentar el coneixement, experiència i competència dels professionals en els mètodes i instruments de millora contínua.
- Integar la millora contínua en la manera de treballar dels nostres professionals.
- Desenvolupar polítiques de docència, recerca i investigació.

Orientació als resultats:

- Gestió fonamentada en la mesura sistemàtica, la informació i l'anàlisi.
- Utilització de quadres de comandament integrals (econòmic, activitat, qualitat, risc laboral, risc ambiental...) a l'abast dels professionals en mitjans de fàcil accés i utilització.
- Desenvolupar els sistemes d'informació, la tecnologia i les comunicacions.

3. Model de qualitat del CSG

El nostre model de qualitat es basa en equips de treball que fan servir instruments que ajuden a encaminar a l'organització a l'excel·lència i una Direcció de Qualitat que actua de suport, tant a la Direcció com als professionals per al desenvolupament del sistema de gestió de la qualitat en els centres.



INSTRUMENTS DEL PLA DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT

Model d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya

Que té com a objectiu principal l'establiment d'un nivell de qualitat per a una organització competent.

Els principals eixos clau del model d'acreditació són:

- Avaluar el procés i orientar-lo a obtenir resultats.
- Estar enfocat al client intern i al client extern.
- Generar satisfacció en ciutadans i professionals del sector.
- Generar un impacte positiu en la societat i fomentar-ne el compromís.
- Possibilitar l'adaptació a altres línies de servei.

- Ser realista amb la situació actual del nostre país.
- Ser econòmicament sostenible.
- Ser element bàsic per a la contractació de serveis.
- Avaluar els serveis de salut, amb criteris de transparència i independència, i sobre la base de l'anàlisi de les dades i de la informació generada.

Model europeu de gestió de la qualitat total – EFQM

L'EFQM és un model d'excel·lència empresarial i ofereix a la organització una eina d'implicació de la Direcció en el desenvolupament de la qualitat i un suport per a l'elaboració de plans integrats de millora.

Aquest model d'Excel·lència ens permet:

- Avaluar on ens trobem en el camí cap a l'excel·lència, ajudant-nos a identificar les nostres fortaleces i possibles carències en relació a la nostra Visió i Missió.
- Disposar d'un únic llenguatge i manera de pensar sobre la organització, això facilitarà la eficaç comunicació d'idees dintre i fora de la mateixa.
- Integrar les iniciatives existents i planificades, eliminar duplicitats i identificar carències.
- Disposar d'una estructura bàsica pel sistema de gestió.

Estàndards internacionals d'acreditació de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

El model d'acreditació Joint Commission es caracteritza per:

- Està centrat en l'atenció a la persona.
- Fomenta la cultura de seguretat del pacient.
- Avalua tots els aspectes de la gestió.
- Suposa un important instrument de millora per a l'organització.
- Ofereix un reconeixement internacional de l'atenció que dispensa el centre.

Model de gestió de la Qualitat Norma ISO 9001

El model de gestió de la Qualitat segons la Norma ISO 9001 es basa en aquests principis:

- 1.- Enfocament al client: les organitzacions depenen dels seus clients, per tant han de comprendre les seves necessitats actuals i futures, satisfer els seus requisits i esforçar-se a excedir les seves expectatives.
- 2.- Lideratge: els líders estableixen la unitat de propòsit i l'orientació de l'organització. Han de crear i mantenir un ambient intern, en el qual el personal pugui arribar a involucrar-se en l'assoliment dels objectius de l'organització.
- 3.- Participació del personal: El personal, a tots els nivells, és l'essència de l'organització, i la seva total compromís possibilita que les seves habilitats siguin usades per al benefici de l'organització.
- 4.- Enfocament basat en els processos: Un resultat desitjat s'assoleix més eficientment quan les activitats i els recursos relacionats es gestionen com un procés. Veure següent capítol per conèixer més sobre els processos.
- 5.- Enfocament de sistema per a la gestió: identificar, entendre i gestionar els processos interrelacionats com un sistema contribueix a l'eficàcia i eficiència de l'organització en l'assoliment dels seus objectius.
- 6.- Millora contínua: la millora contínua de l'acompliment global de l'organització, ha de ser un objectiu permanent d'aquesta.
- 7.- Enfocament basat en la presa de decisions: les decisions eficaces es basen en l'anàlisi de les dades i en la informació prèvia.
- 8.- Les bones relacions amb el proveïdor: una organització i els seus proveïdors són interdependents, i una relació mútuament beneficiosa augmenta la capacitat d'ambdós per crear valor.

Metodologia Lean Healthcare:

Aquesta metodologia es basa en la millora contínua. El Lean és un mètode de treball que busca depurar tots els processos per optimitzar els resultats, és a dir, eliminar el malbaratament per deixar aquelles activitats que aporten valor. L'objectiu principal és aconseguir una optimització dels processos de manera que s'aconsegueixi l'excel·lència en l'atenció. És a dir, màxima eficàcia i màxima eficiència amb els recursos disponibles.

En el cas de Lean Healthcare, la definició del valor afegit ve donada pels diferents actors del procés: pacients (clients), personal sanitari, personal de suport, etc., al llarg dels diferents fluxos de valor bàsics (allà on es genera valor), com ho són el de la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les possibles malalties, i la cura dels pacients.

Comissions i grups de treball:

COMISSIÓ

ACCIONS

seva tasca està enfocada al control i la prevenció de la infecció nosocomial i també coordina la elaboració de la política d'antibiòtics i desinfectants.

DOCUMENTACIÓ I HISTÒRIES CLÍNiques

analitza l'avaluació i el seguiment de la qualitat formal de la història clínica i analitza temes relacionats amb la documentació, incloent-hi propostes de millora.

EFICÀCIA

promou un ús racional dels medicaments garantint una farmacoteràpia eficient, segura i de qualitat al CSG

EFECTIVITAT

analitza els temes relacionats amb el procés assistencial que envolta els malalts que han estat èxits durant la seva estada en el nostre centre.

COMITÈS

coordinant l'assistència multidisciplinària dels pacients amb càncer, i coordina les tasques de col·laboració i seguiment dels diferents comitès de tumors.

- Prevenció i control infecció cirurgia de colon
- Rentat de mans
- Antibiòtics i Desinfectants

- Comitè de Mama
- Comitè de Digestiu
- Comitè de Pulmó
- Comitè d'Urologia
- Comitè de Tumors general

COMISSIÓ D'ASSISTÈNCIA

analitza i avalua casos concrets de malalts des d'una vessant ètica, alhora que elabora recomanacions sobre decisions ètiques.

COMISSIÓ D'ANESTESIOLÒGIA

analitza, actualitza i dóna a conèixer a la resta de l'Hospital les millors alternatives terapèutiques quan a la realització d'hemoderivats, a l'hora que detecta els problemes que es puguin produir.

COMISSIÓ D'EMBOLOGIA TROMBOEMBÒLICA

analitza els problemes derivats de la trombosi. Definir i implantar procediments específics per a la prevenció, al control i el maneig de la patologia tromboembòlica.

COMISSIÓ D'ALIMENTACIÓ

coordinadora sobre els aspectes relacionats amb la nutrició, estableix criteris d'actuació i promou les millors pràctiques en tot el que fa referència a la nutrició i la dietètica.

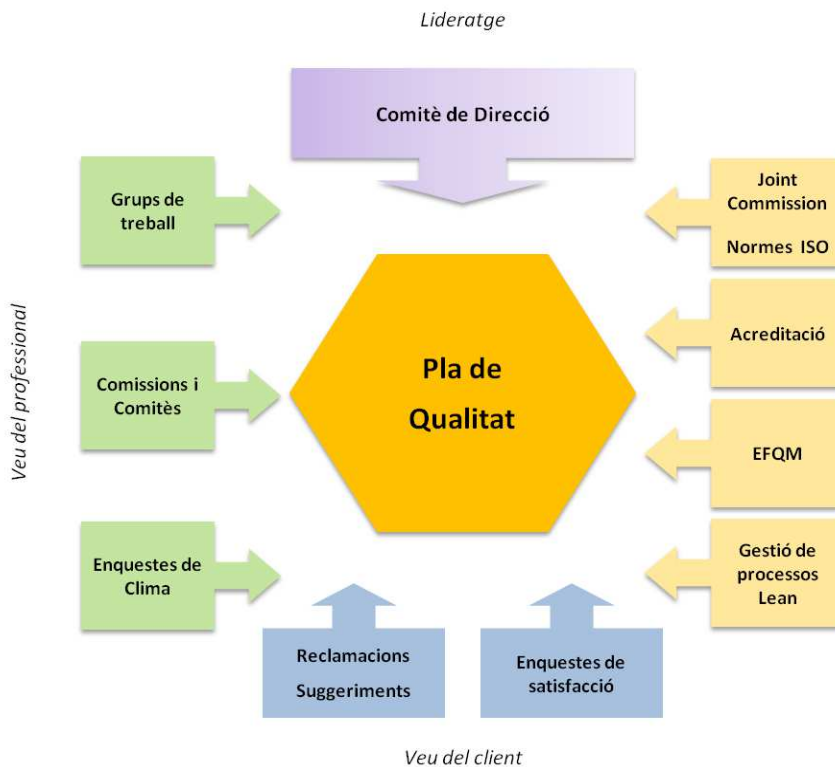
COMISSIÓ D'ACTUACIÓ

coordinadora de la Normativa de lactància, així com de posar en marxa el pla d'acció per complir els requisits per a la acreditació d'hospital IHAN de UNICEF (Iniciativa per la Humanització de l'Assistència al naixement i la lactància)

COMISSIÓ D'ANÀLISI DE QUALITAT I SEGURETAT

coordinadora tots els projectes relacionats amb la seguretat clínica, analitza els problemes detectats en l'àmbit de la seguretat tot proposant accions de millora, impulsa la implantació de sistemes de formació en aquest àmbit (indicadors de seguiment, estudis específics i sistemes de comunicació d'incidents), i promou programes de millora de la seguretat i bones pràctiques.

- Errors de medicació
- Prevenció de caigudes
- Prevenció de complicacions anestèsiques
- Identificació
- Cirurgia Segura



4. Responsabilitats dels professionals

L'equip directiu, és el responsable de la planificació, desenvolupament i implantació del sistema de gestió de la qualitat, així com de la millora contínua de la seva eficàcia. Per aquest motiu entre les seves funcions es troben:

- Establir la política de qualitat del Consorci.
- Aprovar els objectius de qualitat garantint la seva coherència amb la política del Consorci, aquests objectius es recolliran en el Pla de Qualitat.
- Realitzar el desplegament del pla de qualitat en tots els processos de l'organització.
- Avaluar regularment el progrés del Pla de Qualitat.
- Aprovar anualment un informe del progrés del Pla de Qualitat.
- Establir les mesures que consideri oportunes per a l'avanç del Pla de Qualitat, així com els ajustos necessaris en les línies d'actuació i els objectius plantejats.
- Establir els mecanismes de comunicació en l'hospital que permetin la implantació eficaç dels sistema de gestió de la qualitat.
- Promoure l'avaluació regular de la satisfacció dels clients i professionals.
- Dissenyar, aprovar i implantar el sistema de gestió de la qualitat per als processos de l'organització. Aprovar el mapa de processos, promoure auditories internes dels processos per a verificar l'acompliment dels requisits de qualitat, promoure autoavaluacions seguint el model EFQM i detectar àrees de millora. Analitzar els resultats de la satisfacció de clients. Revisar anualment el sistema de qualitat i plantejar els objectius de millora. Analitzar, prioritzar i establir els recursos necessaris per a implantar els objectius de millora.
- Aprovar el desenvolupament i implantació de qualsevol eina que contribueixi al desenvolupament estratègic de la qualitat total.

Amb la finalitat de donar suport a l'equip directiu en totes les tasques que se'n deriven del sistema de gestió de la qualitat en l'organització, es constitueix l'Àrea de Qualitat, Planificació i Avaluació amb les següents funcions:

- Per delegació del Gerent, és la responsable de desenvolupar la Política de Qualitat en tota l'organització, d'assegurar que es compleix la normativa continguda al Manual i Pla de Qualitat i de realitzar els informes sobre el Sistema de Qualitat.
- Desenvolupar l'estructura del sistema de gestió de la qualitat per als processos de l'organització i custodiar la seva documentació.

- Vetllar pel compliment dels requisits del Sistema de la Gestió de la Qualitat, tal com estan descrites en el Manual de la Qualitat i els Procediments. Informant a la Gerència i a la Direcció dels resultats del Sistema de Gestió de la Qualitat i de la seva eficàcia.
- Dissenyar i coordinar les auditories internes dels processos.
- És la responsable davant dels Clients d'establir i controlar els compromisos en matèria de Qualitat.
- Coordinar la realització de les enquestes de satisfacció de clients i col·laborar en la difusió dels seus resultats.
- En col·laboració amb la resta de components de la Direcció del Consorci, és la responsable de l'adopció de les accions correctives i preventives, així com del seu control.
- És la responsable de donar suport a l'equip directiu del Consorci per implementar i avaluar els objectius i el Pla de Qualitat.
- Vetllar per una disminució de la variabilitat assistencial i potenciar la Seguretat Clínica.
- Dinamitzadora per assolir acreditacions i certificacions.
- Monitorització de resultats i del quadre de comandament.
- Promoure i implantar qualsevol eina que contribueixi al desenvolupament estratègic de la qualitat total.

Els diferents **Comandaments** del Consorci són responsables de:

- Liderar la implantació del sistema de qualitat en la seva Unitat o Servei.
- Motivar als professionals a participar en la millora contínua.
- Proposar objectius de qualitat.
- Integrar els resultats i seguiment dels processos.
- Afavorir la comunicació bidireccional.
- Potenciar el empowerment.
- Millorar la satisfacció dels clients. Són els responsables de que la Política de Qualitat sigui la guia de tot el personal al seu càrrec.
- Dissenyar conjuntament amb la Direcció els processos del Consorci.
- Definir, estabilitzar i avaluar els processos dels que són responsables.
- Establir els recursos necessaris per l'execució del procés, demanar-los si fos necessari a la direcció i establir els mecanismes que garanteixin la seva eficàcia.
- Avaluar els indicadors del procés per garantir el control i la millora contínua.
- Revisar i aprovar els documents del sistema de qualitat relacionats amb el procés operatiu.
- Realitzar l'anàlisi de causes i establir les mesures correctives necessàries per corregir no conformitats relacionades amb el procés, avaluant l'eficàcia de la seva implantació, segons s'especifica al procediment general de gestió de no conformitats, accions preventives i correctives i reclamacions del sistema de gestió de la qualitat.
- Són responsables de transmetre els Objectius anuals de Qualitat a les persones del seu Departament, i de realitzar les accions necessàries per a la seva consecució.
- Són responsables de complir i fer complir les disposicions establertes en els documents del Sistema de Qualitat.
- Són responsables de definir els requeriments de formació i ensinistrament del personal que realitza les activitats del departament.
- Avaluar les reclamacions dels usuaris, establir si és necessari mesures correctores.
- Implantar la sistemàtica establerta per l'avaluació de la percepció del client en el seu procés si aquesta no queda coberta pel procés general del Consorci.
- Són responsables d'assegurar que es tenen en compte les necessitats del Client.
- Col·laborar en la Revisió del Sistema per la Direcció, aportant les dades obtingudes en la revisió del seu procés, així com la proposta d'accions de millora i sol·licitud de recursos per la seva implantació.

Tots els **professionals** del Consorci tenen les següents responsabilitats:

- Ha de complir els procediments especificats en aquest Manual, que li afectin, i en especial els protocols assistencials que li pertocuen, com a mesura d'oferir un nivell estàndard de tractament – servei al client, fins que aquests procediments i/o protocols siguin modificats i la dita modificació li sigui comunicada, convertint-se amb un nou estàndard.
- Com responsables del seu treball i màxims coneixedors del mateix, han d'analitzar i fer els suggeriments de les possibles millores de procediments i protocols al seu comandament i/o a la Direcció de Qualitat.

Les **Comissions Clíniques** són els elements clau per desenvolupar la qualitat al Consorci. Són grups de treball permanents, multidisciplinaris, formats per professionals sanitaris que hi participen voluntàriament. La seva finalitat és potenciar la

protocol·lització de l'assistència, avaluar aspectes rellevants i assessorar la Direcció sobre accions que poden corregir o solucionar els problemes que es detecten.

Les funcions principals de les comissions són:

- Elaborar recomanacions i protocols.
- Difondre les recomanacions i protocols elaborats per la Direcció.
- Supervisar la pràctica en la corresponent àrea d'interès.
- Desenvolupar les línies bàsiques de control i millora de la qualitat.
- Implantar sistemes d'avaluació per detectar problemes en la pràctica i proposar millores.
- Elaborar indicadors, criteris i estàndards, mesurar-los i avaluar-los plantejant les accions de millora corresponents a la Direcció.
- Comunicar als professionals aquells resultats de les actuacions de la comissió que puguin ser d'interès per millorar la qualitat de la pràctica.
- Emetre els informes sobre els temes de la seva competència que li siguin sol·licitats pels òrgans directius del centre.
- Col·laborar en la formació contínua en la corresponent àrea d'interès.
- Pactar tots els anys els seus objectius específics anuals, i el procés d'avaluació dels mateixos, amb l'equip directiu.
- Elaborar la memòria anual d'activitats.

5. Objectius del Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient

Ser la institució sanitària de confiança del Garraf

- Incrementar > 95% Percepció de confiança que tenen els nostres usuaris respecte a les línies assistencials del CSG
- Incrementar el resultat respecte al 2014 la Percepció de confiança que tenen els nostres usuaris respecte a enquestes del PLAENSA
- 78 % de resolució (MSIQ)

A) Accessibilitat

- <45% de pacients amb estada a urgències >6h
- Temps d'espera en urgències pel nivell IV –V <30 minuts
- Disminució de les cues a programació d'admissions
- Acompliment de la llista d'espera quirúrgica
- Acompliment de la llista d'espera de consultes externes
- Acompliment de la llista d'espera de proves diagnòstiques
- Implantar el Pla de senyalització de l'edifici
- Implantar Call Center CSG

C) Responsabilitat social, compromís amb l'entorn i promoció de la salut

Pla de Responsabilitat Social Corporativa – acompliment d'accions de RSC i Pla de promoció de la salut – acompliment d'accions

D) Millorar l'eficiència operativa i la gestió clínica

- Adequació de la prescripció farmacològica
- Informació assistencial per a presa de decisions – Quadre de comandament per especialitat

F) Gestionar la qualitat i la seguretat clínica

1. Definició i aplicació de pràctiques segures

- Assegurar l'aplicació efectiva de pràctiques segures validades
 - Taxa de caigudes amb lesió < 0,1 en aguts i 0,2 en sociosanitari
 - Complicacions postquirúrgiques <86 per cada 10.000 contactes (MSIQ)
 - Infecció nosocomial postquirúrgica per sota de la mitjana de Catalunya (VINCAT)

- Identificació activa de pacients en el 90% dels pacients en els procediments de medicació, transfusions i proves diagnòstiques
 - Fomentar grups de lideratge en l'aplicació efectiva de pràctiques segures
 - Desenvolupar un sistema de gestió per processos que doni suport a la seguretat del pacient
2. Sensibilització, difusió i gestió del coneixement i la formació
 - Sensibilització, informació i formació contínua dels professionals
 3. Gestió del desplegament del Pla de seguretat dels pacients
 - Integrar tots els sistemes de notificació d'Esdeveniments adversos (Banc de sang, farmàcia...)
 - Sensibilitzar i mobilitzar als comandaments sobre la seguretat del pacient
 - Millorar i consolidar la gestió en seguretat del pacient
 4. Innovació
 - Crear i fomentar espais d'innovació
 5. Pacients
 - Formació i informació contínua dels pacients/familiars
 - Participació dels pacients/familiars

J) Valoritzar institució

- Acreditar les línies d'atenció del CSG en relació al Model d'acreditació del Departament de Salut per a cada línia assistencial.
- Implantar els estàndards de la Joint Commission Internacional
- Desenvolupar els processos per assolir la certificació ISO 9001 en gestió de la qualitat a Farmàcia, Unitat de diàlisi i Radiologia

6. Aplicació, seguiment i avaluació del Pla de Qualitat i Seguretat del pacient

L'Àrea de Qualitat realitzarà durant tot el procés les següents accions:

1. Assegurar que la informació es recull amb la periodicitat establerta.
2. Validar que la informació recollida és conforme a l'especificada en el Programa de Qualitat.
3. Analitzar els resultats obtinguts en funció de l'estàndard establert.
4. Detectar quan existeix un problema en funció de l'anàlisi de resultats.
5. Determinar les accions que cal prendre quan es detecta un problema.
6. Assegurar una gestió adequada de les accions prioritzades.
7. Definir un canvi en la periodicitat de la mesura.
8. Determinar quan un objectiu s'ha de modificar i/o eliminar del programa.
9. Donar retroalimentació als professionals.
10. Establir sistemàtica per aprendre dels propis resultats.

Aplicació

Per a cada objectiu s'han prioritzat i establert un conjunt d'accions que garanteixen l'assoliment.

Anualment s'elabora un Programa de Qualitat en el que es defineixen els responsables dels diferents objectius i es desenvolupen les accions prioritzades pel període 2015-2017.

Seguiment

El seguiment del Pla de Qualitat i Seguretat del pacient es realitzarà anualment mitjançant els objectius i les accions prioritzades al Programa de Qualitat.

Per un bon funcionament del Programa de Qualitat, tots els professionals, responsables i /o comandaments que fan el seguiment d'un objectiu, tenen la responsabilitat de detectar i comunicar a l'Àrea de Qualitat, en qualsevol moment, resultats subestàndards rellevants o incidents relacionats amb el seguiment o avaluació realitzada.

L'Àrea de Qualitat i el responsable del procés i/o comandament analitzaran les causes del resultat subestàndard i/o incident i definiran i implantaran les accions de millora pertinents.

Ens podem trobar les següents situacions:

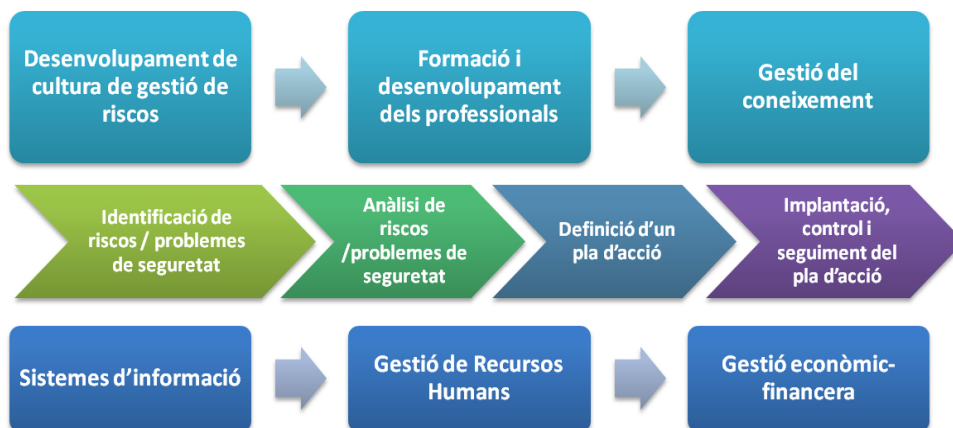
- Resultats subestàndards i/o incidents provinents de l'anàlisi i avaluació realitzat per les comissions clíniques: el resultat de l'anàlisi esdevingut de la tasca d'avaluació assistencial realitzada per les comissions del centre haurà de comunicar-se a la Direcció Assistencial del centre mitjançant un informe, amb còpia a la Direcció de qualitat. Es podrà crear un grup de treball específic per abordar el tema.
- Resultats subestàndards i/o incidents provinents de l'anàlisi i avaluació realitzat durant les auditories internes: La direcció de qualitat obrirà una no conformitat interna i ho comunicarà al responsable del procés amb còpia a la Direcció Assistencial.
- Quan aquests resultats i/o incidents siguin considerats greus, la Direcció de Qualitat proposarà crear un grup d'Anàlisi Causa Arrel. Els resultats es presentarà al Comitè de Direcció.
- En cas que sigui un incident amb repercussió directa en el pacient afectant de manera real o potencial el seu estat, es notificarà en el Sistema de Notificació d'Esdeveniments Adversos (TPSC Cloud).

Avaluació

Amb la periodicitat prevista, es recullen les dades de l'indicador que seran avaluades amb comparació interna, a través del temps, i amb comparació externa (si això es possible), amb comparació amb estàndards reconeguts procedents de bibliografia reconeguda i amb el Pla de Salut, Plans Directors, guies, protocols establerts per el Departament de Salut.

L'avaluació global del Pla de Qualitat i Seguretat del pacient es realitzarà anualment en base al resultats del Programa de Qualitat anual establert. L'Àrea de Qualitat farà les esmenes pertinents en la planificació dels propers anys, per garantir l'assoliment dels objectius pendents i planificarà juntament amb el responsable del procés i/o comandament les accions de millora pertinents.

7. Mapa de processos de la Seguretat del pacient i la gestió de riscos



Estratègies:

Desenvolupament de la cultura de gestió de riscos:

Desenvolupar dins del CSG d'una cultura corporativa de gestió de riscos. Aquesta cultura es defineix per una bona acceptació al canvi, un elevat compromís i una acceptació dels errors per part dels professionals.

Formació i desenvolupament dels professionals:

Formar als professionals en la gestió de riscos de l'activitat assistencial, a més de formació d'experts en la gestió dels riscos hospitalaris.

Gestió del coneixement:

Desenvolupar una base de coneixement en què els professionals puguin recolzar-se per aprendre i millorar la qualitat del seu treball. Es tracta d'informacions relacionades amb les bones pràctiques assistencials, les noves tècniques mèdiques, etc.

Processos clau:*Identificació de riscos i problemes de seguretat del pacient:*

Identificar i caracteritzar els riscos: tipus (assistencial o relacionat amb l'entorn), localització dels riscos (departament, servei, edifici, etc.), gravetat (baixa, mitjana o alta), etc.

Anàlisi de riscos i problemes de seguretat del pacient:

Realitzar una anàlisi detallada dels riscos per identificar-ne les causes, avaluar el seu impacte potencial i prioritzar-los en funció del seu impacte.

Definició d'un pla d'acció:

El pla d'acció ha de contenir: objectius específics, accions concretes, calendari, responsabilitats de les persones implicades, etc.

Implantació, control i seguiment del pla d'acció:

Posar en marxa el pla d'acció definit, realitzar el seguiment del pla, seguiment de la consecució dels objectius definits en el pla d'acció a través del mesurament d'indicadors.

Processos de suport:*Sistemes d'informació:*

Sistema d'informació que permet emmagatzemar i tenir accés a la informació relacionada amb la gestió dels riscos hospitalaris. El sistema d'informació constitueix una base per a la identificació i l'anàlisi dels riscos hospitalaris.

Gestió de Recursos Humans:

Definir el perfil adequat per a cada lloc de treball, de manera que s'asseguri que les capacitats i experiències de cada professional s'enquadren amb les seves responsabilitats en l'organització.

Gestió econòmic -financera:

Gestionar els pressupostos necessaris per a la gestió dels riscos hospitalaris. Es tracta del finançament de les estructures necessàries per assegurar la gestió dels riscos i els plans d'acció.

8. Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient 2015

 Pla qualitat 2015-2017_.pdf

